

2025



Formulario para 2025 (Lista de medicamentos cubiertos)

Centers Plan for Dual Coverage Care (HMO D-SNP)

Centers Plan for Nursing Home Care (HMO I-SNP)

Centers Plan for Medicaid Advantage Plus (HMO D-SNP)

N.º de identificación del envío del formulario aprobado por HPMS (Health Plan Management System, HPMS):
25208, número de versión 12

Este formulario se actualizó el 1 de junio de 2025.

Para obtener información más reciente o hacer preguntas, comuníquese con Servicios al Miembro de Centers Plan for Dual Coverage Care (HMO D-SNP), Centers Plan for Nursing Home Care (HMO I-SNP), Centers Plan for Medicaid Advantage Plus (HMO D-SNP) al 1-888-807-5717 (los usuarios de TTY deben llamar al 711), los siete días de la semana, las 24 horas del día, o visite www.centersplan.com/dsnp, www.centersplan.com/isnp, www.centersplan.com/map.

H6988_CY25SNPFormulary_C

Servicios de Intérprete Multilingüe

English	We have free interpreter services to answer any questions you may have about our health or drug plan. To get an interpreter, just call us at 1-888-807-5717 (TTY: 711). Someone who speaks English can help you. This is a free service.
Albanian	Ne kemi në dispozicion shërbime përkthimi për t'ju përgjigjur çdo pyetjeje që mund të keni lidhur me shëndetin tuaj apo me planin tuaj të mjekimit. Për të siguruar një përkthyes/e, na telefononi në 1-888-807-5717 (TTY: 711). Dikush që flet shqip mund t'ju ndihmojë. Ky është një shërbim pa pagesë.
Arabic	لدينا خدمات ترجمة فورية مجانية للإجابة عن أي أسئلة قد تراودك بشأن خطتنا للصحة أو الأدوية. للحصول على مترجم فوري، اتصل بنا فحسب على الرقم 1-888-807-5717 (لمستخدمي الهاتف النصي: 711). يمكن لشخص يتحدث العربية مساعدتك. هذه خدمة مجانية.
Bengali	আমাদের স্বাস্থ্য বা ওষুধ পরিকল্পনা সম্পর্কে আপনার যে কোনো প্রশ্নের উত্তর দেওয়ার জন্য আমাদের বিনামূল্যে দোভাষী পরিষেবা রয়েছে। দোভাষী পেতে হলে, আমাদের কেবল 1-888-807-5717 (TTY: 711) -এ কল করে যোগাযোগ করুন। বাংলাভাষী কেউ আপনাকে সাহায্য করতে পারেন। এটি বিনামূল্যে প্রাপ্ত পরিষেবা।
Simplified Chinese	我们提供免费的翻译服务，帮助您解答关于健康或药物保险的任何疑问。如果您需要此翻译服务，请致电 1-888-807-5717 (TTY 711)。我们的中文工作人员很乐意帮助您。这是一项免费服务。
Traditional Chinese	您對我們的健康或藥物保險可能存有疑問，為此我們提供免費的翻譯服務。如需翻譯服務，請致電 1-888-807-5717 (TTY 711)。我們講中文的人員將樂意為您提供幫助。這是一項免費服務
French	Nous disposons de services d'interprétation gratuits pour répondre à toutes les questions que vous pouvez avoir sur notre régime d'assurance-maladie ou d'assurance-médicaments. Pour obtenir un interprète, il suffit de nous appeler au 1-888-807-5717 (TTY : 711). Une personne qui parle français peut vous aider. Il s'agit d'un service gratuit.
French Creole	Nou gen sèvis entèprèt gratis pou reponn nenpòt kesyon ou ka genyen konsènan plan sante ak medikaman nou an. Pou w jwenn yon entèprèt, annik rele nou nan 1-888-807-5717 (TTY : 711). Yon moun ki pale Kreyòl Ayisyen ka ede w. Sèvis sa a gratis.
German	Wir bieten Ihnen einen kostenlosen Dolmetscherdienst, um alle Ihre Fragen zu unserem Gesundheits- oder Medikamentenplan zu beantworten. Für einen Dolmetscher, rufen Sie uns einfach unter der Rufnummer 1-888-807-5717 (TTY: 711) an. Eine Person, die Deutsch spricht, kann Ihnen helfen. Dies ist ein kostenloser Dienst.
Greek	Διαθέτουμε δωρεάν υπηρεσίες διερμηνείας για να απαντήσουμε σε τυχόν ερωτήσεις μπορεί να έχετε σχετικά με το πλάνο ιατρικής ή φαρμακευτικής περίθαλψής μας. Για να επικοινωνήσετε με διερμηνέα, απλώς καλέστε μας στο 1-888-807-5717 (TTY: 711). Κάποιος που μιλάει Ελληνικά μπορεί να σας βοηθήσει. Αυτή είναι μια δωρεάν υπηρεσία.
Hindi	हमारे स्वास्थ्य या ड्रग योजना के बारे में आपके किसी भी प्रश्न का उत्तर देने के लिए हमारे पास मुफ्त दुभाषिया सेवाएं हैं। दुभाषिया की सेवा प्राप्त करने के लिए, हमें 1-888-807-5717 (TTY: 711) पर कॉल करें। हिंदीअंग्रेज़ी जानने वाला कोई व्यक्ति आपकी सहायता कर सकता है। यह निशुल्क सेवा है।

Italian	Disponiamo di servizi di interpretariato gratuiti per eventuali domande sul nostro piano di assistenza sanitaria e farmaceutica. Per ricevere il supporto di un interprete, chiamare il numero 1-888-807-5717 (TTY: 711). Sarà disponibile qualcuno che parli italiano. Il servizio è gratuito.
Japanese	弊社の健康および薬品に対するプランについて、お客様がお尋ねになりたいすべてのご質問にお答えするため弊社は無料通訳サービスを用意しております。通訳サービスを受けるには、弊社までお電話ください：1-888-807-5717 (TTY: 711)。日本語が話せる方がお手伝いします。こうしたサービスは無料です。
Korean	귀하의 건강 또는 약품 플랜에 대한 질문에 답변해드리는 무료 통역 서비스를 제공합니다. 통역사를 구하려면 1-888-807-5717 (TTY: 711) 번으로 전화하십시오. 한국어를 할 줄 아는 사람이 도와줄 수 있습니다. 이 서비스는 무료입니다.
Polish	Oferujemy bezpłatne usługi tłumacza, który odpowie na wszelkie pytania dotyczące naszego planu zdrowotnego lub planu przyjmowania leków. Aby uzyskać pomoc tłumacza, wystarczy zadzwonić pod numer 1-888-807-5717 (TTY: 711). Pomocy udzieli osoba mówiąca po Polskie. Usługa jest bezpłatna.
Portuguese	Contamos com serviços gratuitos de interpretação para sanar suas dúvidas sobre o plano de saúde ou medicamentos. Para conseguir um intérprete, entre em contato conosco pelo 1-888-807-5717 (TTY: 711). Alguém que fala português irá ajudá-lo. Este serviço é gratuito.
Russian	Мы предоставляем бесплатные услуги переводчика, чтобы ответить на любые ваши вопросы о нашем плане медицинского обслуживания или программе лекарственных препаратов. Чтобы воспользоваться услугами переводчика, просто позвоните нам по телефону 1-888-807-5717 (TTY : 711). Вам может помочь русскоязычный человек. Это бесплатная услуга.
Spanish	Contamos con servicios de interpretación gratuitos para responder cualquier pregunta que pueda tener sobre nuestro plan de salud o medicamentos. Para recibir la ayuda de un intérprete, llámenos al 1-888-807-5717 (TTY: 711). Alguien que hable español puede ayudarle. Éste es un servicio gratuito.
Tagalog	Mayroon kaming mga libreng serbisyo ng pag-interpret upang sagutin ang mga katanungan mo tungkol sa kalusugan o plano sa paggagamot. Para makakuha ng taga-interpret, tawagan kami sa 1-888-807-5717 (TTY: 711). Taong nagsasalita ng tagalog ang makakatulong sa iyo. Ito ay libreng serbisyo.
Urdu	ہمارے ہیلتھ یا ڈرگ پلان کے بارے میں آپ کے کسی بھی سوال کا جواب دینے کے لیے ہمارے پاس مفت ترجمان کی خدمات ہیں۔ ترجمان حاصل کرنے کے لیے، ہمیں 1-888-807-5717 (TTY: 711) پر کال کریں۔ کوئی اردو بولنے والا آپ کی مدد کر سکتا ہے۔ یہ مفت خدمت ہے۔
Vietnamese	Chúng tôi có dịch vụ thông dịch miễn phí để trả lời mọi câu hỏi về chương trình bảo hiểm y tế hoặc thuốc của chúng tôi. Để yêu cầu người thông dịch, chỉ cần gọi cho chúng tôi theo số 1-888-807-5717 (TTY: 711). Ai đó nói tiếng Việt có thể giúp bạn. Đây là dịch vụ miễn phí.
Yiddish	מיר האבן אומזיסטע איבערזעצונג סערוויסעס צו ענטפערן סיי וועלכע פראגעס וואס איר קענט האבן וועגן אייער געזונטהייט אדער דראג פלאן. צו באקומען אן איבערזעצער, רופט אונז ביי 1-888-807-5717 (TTY: 711). איינער וואס רעדט אידיש קען אייך העלפן. דאס איז אן אומזיסטע סערוויס.

Centers Plan for Dual Coverage Care (HMO D-SNP)
Centers Plan for Nursing Home Care (HMO I-SNP)
Centers Plan for Medicaid Advantage Plus (HMO D-SNP)
Formulario para 2025
(Lista de medicamentos cubiertos o
“Lista de medicamentos”)

**POR FAVOR, LEA: ESTE DOCUMENTO CONTIENE INFORMACIÓN
SOBRE LOS MEDICAMENTOS QUE CUBRIMOS EN ESTE PLAN**

N.º de identificación del envío del formulario aprobado por HPMS (Health Plan Management System, HPMS): 25208, número de versión 12.

Nota dirigida a los miembros existentes: Este Formulario sufrió modificaciones con respecto al del año pasado. Por favor, revise este documento para asegurarse de que todavía contenga los medicamentos que usted toma.

Cuando esta Lista de medicamentos (Formulario) hace referencia a los términos “nosotros”, “nos” o “nuestro”, se refiere a Centers Plan for Healthy Living LLC. Cuando dice “plan” o “nuestro plan”, se refiere a Centers Plan for Dual Coverage Care, Centers Plan for Nursing Home Care, Centers Plan for Medicaid Advantage Plus.

Este documento incluye una Lista de medicamentos (formulario) para nuestro plan, que está actualizada al 1 de junio de 2025. Para obtener una Lista de medicamentos (formulario) actualizada, póngase en contacto con nosotros. Nuestra información de contacto, junto con la fecha de la última actualización de la Lista de medicamentos (formulario), figura en la portada y en la contraportada.

Por lo general, debe acudir a las farmacias de la red para utilizar su beneficio de medicamentos recetados. Los beneficios, el formulario, la red de farmacias o los copagos/coseguros pueden cambiar el 1 de enero de 2025 y de forma periódica durante el año.

¿Qué es el formulario de Centers Plan for Dual Coverage Care, Centers Plan for Nursing Home Care, Centers Plan for Medicaid Advantage Plus?

En este documento, utilizamos los términos “Lista de medicamentos” y “formulario” para referirnos a lo mismo. Un formulario es una lista de medicamentos cubiertos seleccionados por nuestro plan después de consultar a un equipo de proveedores de atención médica, el cual representa los tratamientos con medicamentos recetados considerados necesarios para llevar a cabo un programa de tratamiento de calidad. Por lo general, nuestro plan cubre los medicamentos listados en nuestro formulario, siempre y cuando el medicamento sea necesario en términos médicos, los medicamentos recetados se despachen en una farmacia de la red de Centers Plan for Healthy Living y se sigan otras reglas del plan. Para obtener más información sobre cómo surtir sus recetas, revise su Evidencia de cobertura.

¿El formulario puede sufrir cambios?

La mayoría de los cambios en la cobertura de medicamentos ocurre el 1 de enero, pero podemos agregar o quitar medicamentos del formulario en el transcurso del año, cambiarlos de nivel de costo compartido o agregar nuevas restricciones. Debemos seguir las reglas de Medicare al realizar estos cambios. Las actualizaciones del formulario se publican de manera mensual en nuestro sitio web:

www.centersplan.com/dsnp, www.centersplan.com/isnp, www.centersplan.com/map.

A continuación se presentan los cambios que pueden afectarlo este año: En los siguientes casos, usted se verá afectado por los cambios de la cobertura durante el año:

- **Sustituciones inmediatas de determinadas versiones nuevas de medicamentos de marca y productos biológicos originales.** Podemos retirar inmediatamente un medicamento de nuestro formulario si lo sustituimos por una nueva versión de ese medicamento, la cual aparecerá con la misma cantidad de restricciones o menos. Cuando agregamos una nueva versión de un medicamento a nuestro formulario, podemos decidir mantener el medicamento de marca o el producto biológico original en nuestro formulario, pero inmediatamente agregar nuevas restricciones.

Solo podemos hacer estos cambios inmediatos si agregamos una nueva versión genérica de un medicamento de marca, o determinadas versiones biosimilares nuevas de un producto biológico original, que ya estaba en el formulario (por ejemplo, un biosimilar intercambiable que puede ser sustituido por un producto biológico original por una farmacia sin una nueva receta).

Si actualmente toma ese medicamento de marca o el producto biológico original, podríamos no informarle con anticipación antes de hacer un cambio inmediato, pero más adelante le daremos información sobre los cambios específicos que hemos hecho.

Si hacemos el cambio, usted o la persona que expide su receta pueden solicitarnos que hagamos una excepción y sigamos cubriéndole el medicamento que se va a cambiar. Para más información, consulte la sección “¿Cómo solicito una excepción al Formulario de Centers Plan for Healthy Living?”

Algunos de estos tipos de medicamentos pueden ser nuevos para usted. Para más información, consulte la sección “¿Qué son los productos biológicos originales y qué relación guardan con los biosimilares?”

- **Medicamentos retirados del mercado.** Si el fabricante retira un medicamento de la venta o la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) determina su retirada por motivos de seguridad o eficacia, podemos eliminar inmediatamente el medicamento de nuestro formulario y avisar posteriormente a los miembros que lo toman.
- **Otros cambios.** Podemos hacer otros cambios que afecten a los miembros que actualmente toman un medicamento. Por ejemplo, podemos eliminar un medicamento de marca del formulario al agregar un equivalente genérico o eliminar un producto biológico original al agregar un biosimilar. También podemos aplicar nuevas restricciones al medicamento de marca o al producto biológico original. Podemos hacer cambios con base en nuevos lineamientos clínicos. Si retiramos medicamentos de nuestro formulario o agregamos requisitos de autorización previa, límites de cantidades o terapias escalonadas a un medicamento, debemos notificar a los miembros afectados sobre el cambio al menos 30 días antes de la entrada en vigencia del cambio. Otra posibilidad es que, cuando el miembro solicite una reposición del medicamento, reciba un suministro para 30 días junto con un aviso del cambio.

Si realizamos estos otros cambios, usted o la persona que expide su receta pueden pedirnos que hagamos una excepción y sigamos cubriendo el medicamento que estaba tomando. El aviso que le entregaremos incluirá información sobre cómo solicitar una excepción y también puede encontrar información en la sección “¿Cómo solicito una excepción al Formulario de Centers Plan for Healthy Living?”

Cambios que no lo afectarán si está tomando actualmente el medicamento. Por lo general, si usted está tomando un medicamento incluido en nuestro formulario para 2025 y que estaba bajo cobertura al comienzo del año, no suspenderemos ni reduciremos la cobertura de ese medicamento durante el año de cobertura 2025, excepto como se describe anteriormente. Esto significa que estos medicamentos seguirán disponibles al mismo costo compartido y sin restricciones nuevas para aquellos miembros que lo estén tomando por el resto del año de la cobertura. No recibirá un aviso directo este año sobre los cambios que no lo afecten. Sin embargo, el 1 de enero del próximo año, dichos cambios lo afectarían y es importante que consulte el formulario en el nuevo año de beneficios para ver si hay cambios en los medicamentos.

El formulario adjunto está actualizado al 1 de junio de 2025. Para obtener información actualizada sobre los medicamentos cubiertos por nuestro plan, comuníquese con nosotros. Nuestra información de contacto aparece en la portada y la contraportada. Los formularios revisados se publican en nuestro sitio web todos los meses. Si usted se ve afectado por un cambio del formulario, será notificado por correo. Le enviaremos un Aviso sobre cambios en el Formulario (FCN, por sus siglas en inglés).

¿Cómo utilizo el Formulario?

Hay dos maneras de encontrar su medicamento dentro del formulario:

Enfermedad

El formulario comienza en la página 1. Los medicamentos en este formulario están agrupados en categorías según el tipo de enfermedad para la que se utilizan. Por ejemplo, los medicamentos utilizados para tratar una enfermedad cardíaca están listados bajo la categoría “Agentes cardiovasculares”. Si sabe para qué se utiliza su medicamento, busque el nombre de la categoría en la lista que comienza en la página 1. Luego busque su medicamento bajo el nombre de la categoría.

Listado en orden alfabético

Si no sabe en qué categoría buscar, debe buscar su medicamento en el índice que comienza en la página I-1. El índice contiene una lista en orden alfabético de todos los medicamentos incluidos en este documento. Tanto los medicamentos de marca como los genéricos están listados en este índice. Busque en el índice y encuentre su medicamento. Al lado de su medicamento, verá el número de la página donde puede encontrar la información sobre la cobertura. Vaya a la página listada en el Índice y encuentre el nombre de su medicamento en la primera columna de la lista.

¿Qué son los medicamentos genéricos?

Nuestro plan cubre tanto medicamentos de marca como medicamentos genéricos. Un medicamento genérico es aquel que contiene los mismos ingredientes activos que el medicamento de marca y tiene la aprobación de la FDA. Por lo general, los medicamentos genéricos funcionan igual de bien y suelen costar menos que los de marca. Hay medicamentos genéricos de remplazo disponibles para muchos medicamentos de marca. Los medicamentos genéricos suelen poder sustituirse por el medicamento de marca en la farmacia sin necesidad de una nueva receta, pero esto depende de las leyes estatales.

¿Qué son los productos biológicos originales y qué relación guardan con los biosimilares?

En el formulario, cuando nos referimos a medicamentos, puede ser un medicamento o un producto biológico. Los productos biológicos son medicamentos más complejos que los medicamentos típicos. Dado que los productos biológicos son más complejos que los medicamentos típicos, en lugar de tener una forma genérica, cuentan con alternativas que se denominan biosimilares. Generalmente, los biosimilares funcionan igual de bien que los productos biológicos originales y pueden costar menos. Existen alternativas biosimilares para algunos productos biológicos originales. Algunos biosimilares son intercambiables y, según las leyes estatales, pueden sustituir al producto biológico original en la farmacia sin necesidad de una nueva receta, al igual que los medicamentos genéricos pueden sustituir a los de marca.

- Para más información sobre los tipos de medicamentos, consulte la Prueba de cobertura, Capítulo 5, Sección 3.1, “La «Lista de medicamentos» indica qué medicamentos de la Parte D están cubiertos”.

¿Existe alguna restricción en mi cobertura?

Algunos medicamentos cubiertos podrían tener requisitos adicionales o límites de cobertura. Estos requisitos y límites podrían incluir:

- **Autorización previa:** Nuestro plan le exige a usted o a quien expide su receta obtener autorización previa para ciertos medicamentos. Esto significa que deberá obtener nuestra aprobación antes de surtir sus recetas. Si no obtiene la aprobación, tal vez no cubramos el medicamento.
- **Límites de cantidad:** Nuestro plan limita la cantidad que cubriremos de determinados medicamentos. Por ejemplo, nuestro plan proporciona 9 tabletas por receta de sumatriptán 100 mg en un mes. Esto podría ser adicional a un suministro estándar para uno o tres meses.
- **Terapia escalonada:** En algunos casos, nuestro plan exige que usted primero pruebe algunos medicamentos para tratar su enfermedad antes de que cubramos otro medicamento para esa enfermedad. Por ejemplo, si el medicamento A y el medicamento B sirven para el tratamiento de su enfermedad, podríamos no cubrir el medicamento B, a menos que pruebe el medicamento A primero. Si el medicamento A no le sirve, entonces nuestro plan cubrirá el medicamento B.

Puede averiguar si su medicamento tiene límites o requisitos adicionales al buscar en el formulario que comienza en la página 1. También puede obtener más información sobre las restricciones que se aplican a determinados medicamentos cubiertos al visitar nuestro sitio web. Hemos publicado en línea unos documentos que explican nuestras restricciones con respecto a la autorización previa y la terapia escalonada. También puede pedirnos que le enviemos una copia. Nuestra información de contacto, junto con la fecha de la última actualización del formulario, figura en la portada y en la contraportada.

Puede pedirnos que hagamos una excepción en cuanto a estas restricciones o estos límites o solicitar una lista de otros medicamentos similares que puedan servir para tratar su enfermedad. Consulte la sección “¿Cómo solicitar una excepción para el formulario de Centers Plan for Healthy Living?” en la página V para obtener información sobre cómo solicitar una excepción.

¿Qué ocurre si mi medicamento no está en el Formulario?

Si su medicamento no está incluido en este formulario (lista de medicamentos cubiertos), primero debe comunicarse con Servicios al Miembro y preguntar si su medicamento está cubierto.

Si se entera de que nuestro plan no cubre su medicamento, tiene dos opciones:

- Puede pedirle a Servicios al Miembro una lista de medicamentos similares que estén cubiertos por nuestro plan. Cuando reciba la lista, muéstresela a su médico y pídale que le recete un medicamento similar que esté cubierto por nuestro plan.
- Puede solicitarnos que hagamos una excepción y cubramos su medicamento. Consulte más abajo para obtener información sobre cómo solicitar una excepción.

¿Cómo solicito una excepción para el Formulario de Centers Plan for Healthy Living?

Puede solicitarnos que hagamos una excepción a nuestras reglas de cobertura. Existen varios tipos de excepciones que nos puede solicitar.

- Puede pedirnos que cubramos un medicamento aun cuando este no se encuentre en nuestro formulario. De aprobarse, este medicamento estará cubierto a un nivel predeterminado de costo compartido y no podrá pedirnos que proporcionemos el medicamento a un nivel de costo compartido más bajo.
- Puede pedirnos que renunciemos a una restricción de cobertura, como la autorización previa, la terapia escalonada o un límite de cantidad de su medicamento. Por ejemplo, nuestro plan limita la cantidad que cubriremos de determinados medicamentos. Si su medicamento tiene un límite de cantidad, puede solicitarnos que no apliquemos el límite y cubramos una cantidad mayor.

Por lo general, solo aprobaremos su solicitud de excepción si los medicamentos alternativos incluidos en el formulario del plan o la aplicación de la restricción no fueran tan eficaces para usted o le causaran efectos adversos.

Usted o quien expide su receta deben ponerse en contacto con nosotros para solicitar una excepción de formulario, incluida una excepción a una restricción de cobertura. **Cuando solicita una excepción, el profesional que expide su receta deberá explicar las razones médicas que justifiquen por qué usted necesita que se apruebe la excepción.** Por lo general, debemos tomar nuestra decisión dentro de un plazo de 72 horas de haber recibido la declaración de respaldo de su médico. Puede solicitar una excepción acelerada (rápida) si usted cree (y nosotros estamos de acuerdo) que su salud puede verse gravemente afectada si tiene que esperar hasta 72 horas por una decisión. Si estamos de acuerdo, o si quien expide su receta solicita una excepción acelerada, debemos comunicarle nuestra decisión a más tardar 24 horas después de recibir la declaración justificativa de quien expide su receta.

¿Qué ocurre si mi medicamento no está en el formulario o tiene una restricción?

Como miembro nuevo o regular de nuestro plan, podría estar tomando medicamentos que no estén dentro de nuestro formulario. O podría estar tomando un medicamento que está en nuestro formulario, pero tiene una restricción de cobertura, como una autorización previa. Debe hablar con quien expide su receta para solicitar una decisión de cobertura que demuestre que cumple los criterios de aprobación, cambiar a un medicamento alternativo que cubramos o solicitar una excepción al formulario para que cubramos el medicamento que toma. Mientras usted y su médico determinan qué debe hacer, podríamos cubrir su medicamento en casos determinados durante los primeros 90 días en los que usted es miembro de nuestro plan.

Para cada uno de sus medicamentos que no figure en nuestro formulario o tenga una restricción de cobertura, cubriremos un suministro temporal de 30 días. Si su receta es por menos días, permitiremos varios surtidos para proporcionarle hasta un máximo de 30 días de suministro del medicamento. Si no se aprueba la cobertura, después de su primer suministro de 30 días, no pagaremos por estos medicamentos, incluso si usted fue miembro del plan por menos de 90 días.

Si es residente de una institución de cuidado a largo plazo y necesita un medicamento que no está en nuestro formulario o su capacidad para obtener los medicamentos es limitada, pero tiene más de 90 días como miembro del plan, cubriremos un suministro de emergencia de 31 días de ese medicamento mientras tramita una excepción al formulario.

Si alguno de los siguientes cambios en los niveles de cuidados se aplica a su caso, podría tener derecho a recibir un suministro de transición de los medicamentos que está tomando actualmente:

- Si usted se muda de un centro de cuidado prolongado a un hospital u otras instalaciones.
- Si usted se retira de un centro de atención a largo plazo para regresar a su hogar.
- Si usted recibe el alta de un centro especializado de enfermería.

Los cambios en el nivel de cuidado que se enumeraron anteriormente son solo algunas de las razones por las cuales podría calificar para un suministro de transición. Para obtener más información, comuníquese con el Servicio de Asistencia Farmacéutica al 1-888-807-5717 (los usuarios de TTY deben llamar al 711), los siete días de la semana, las 24 horas del día.

Para obtener más información

Para obtener más información sobre la cobertura de medicamentos recetados de Centers Plan for Dual Coverage Care, Centers Plan for Nursing Home Care, Centers Plan for Medicaid Advantage Plus, consulte su Evidencia de cobertura y otros materiales sobre el plan.

Si tiene preguntas sobre nuestro plan, comuníquese con nosotros. Nuestra información de contacto, junto con la fecha de la última actualización del formulario, figura en la portada y en la contraportada.

Si tiene preguntas generales sobre la cobertura de medicamentos recetados de Medicare, llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. O visite <http://www.medicare.gov>.

Formulario de Centers Plan for Dual Coverage Care, Centers Plan for Nursing Home Care, Centers Plan for Medicaid Advantage Plus

El formulario que comienza en la próxima página 1 proporciona información sobre la cobertura de medicamentos por parte de Centers Plan for Healthy Living. Si le resulta difícil encontrar su medicamento en la lista, pase al índice que comienza en la página I-1.

La primera columna del cuadro indica el nombre del medicamento. Los medicamentos de marca aparecen en mayúscula (p. ej., LIPITOR), mientras que los genéricos aparecen en minúscula y cursiva (p. ej., atorvastatina).

La información de la columna Requerimientos/Límites le indica si tenemos algún requisito especial para la cobertura de su medicamento.

Tenga en cuenta que:

Esta Lista de medicamentos incluye medicamentos cubiertos por la Parte D de Medicare. Si usted tiene Medicaid del Estado de New York (Medicaid), algunos medicamentos recetados pueden estar cubiertos para usted por el Programa de Farmacias de Medicaid. Llame a la línea de ayuda de Medicaid al 1-800-541-2831, de lunes a viernes de 8 a. m. a 8 p .m. y los sábados de 9 a .m. a 1 p .m, con asistencia disponible en otros idiomas. O visite <https://member.emedny.org/> para obtener más información sobre su cobertura de medicamentos de Medicaid, y <https://member.emedny.org/pharmacy/search-drugs> para buscar en la Lista de medicamentos cubiertos y Productos de venta libre (OTC) de Medicaid.

En este documento puede encontrar las siguientes abreviaciones:

ABREVIACIONES DE LAS NOTAS DE COBERTURA

RESTRICCIONES DE GESTIÓN DE USO		
ABREVIACIÓN	DESCRIPCIÓN	EXPLICACIÓN
AGE (EDAD) (Máx. X años)	Autorización previa editar la edad	Solo se requiere autorización previa para los beneficiarios que superen este límite de edad.
NDS	SIN suministro de días extendidos	Este medicamento se limita a un suministro de un mes o menos. Usted no puede surtir una receta por un suministro superior a un mes.
PA	Restricción de autorización previa	Usted (o su médico) debe obtener una autorización previa nuestra antes de surtir sus recetas de este medicamento. Sin una aprobación previa, es posible que nuestro plan no cubra este medicamento.
PA BvD	Restricción de autorización previa para la determinación de la Parte B vs. la Parte D	Es posible que este medicamento esté incluido en su cobertura médica de la Parte B o la cobertura de medicamentos recetados de la Parte D. Usted (o su médico) debe obtener una autorización previa de nuestro plan para determinar si este medicamento está cubierto por la Parte D de Medicare antes de surtir sus recetas de este medicamento. Sin una aprobación previa, es posible que nuestro plan no cubra este medicamento.
PA-HRM	Autorización previa medicamento de alto riesgo	Este medicamento está calificado por Centers for Medicaid and Medicare Services (CMS) como potencialmente perjudicial y, por lo tanto, es un medicamento de alto riesgo para los beneficiarios de Medicare mayores de 65 años. Usted (o su médico) debe obtener una autorización previa por parte de nuestro plan antes de surtir sus recetas de este medicamento si tiene 65 años o más. Sin una aprobación previa, es posible que nuestro plan no cubra este medicamento.

RESTRICCIONES DE GESTIÓN DE USO		
ABREVIACIÓN	DESCRIPCIÓN	EXPLICACIÓN
PA NSO	Autorización previa solo para miembros o medicamentos nuevos	Si es un miembro nuevo o si no ha tomado este medicamento antes, usted (o su médico) debe obtener una autorización previa nuestra antes de surtir sus recetas de este medicamento. Sin una aprobación previa, es posible que nuestro plan no cubra este medicamento.
PA NSO-HRM	Autorización previa para toma de medicamento de alto riesgo por primera vez	Este medicamento está calificado por Centers for Medicaid and Medicare Services (CMS) como potencialmente perjudicial y, por lo tanto, es un medicamento de alto riesgo para los beneficiarios de Medicare mayores de 65 años. Usted (o su médico) debe obtener una autorización previa por parte de nuestro plan antes de surtir sus recetas de este medicamento si tiene 65 años o más. Sin una aprobación previa, es posible que nuestro plan no cubra este medicamento. Sin embargo, una vez que reciba la autorización previa y empiece a tomar este medicamento, no necesitará obtener una nueva autorización previa el año siguiente.
QL	Restricción de límites de cantidad	Nuestro plan limita la cantidad de este medicamento que está cubierto por receta, o dentro de un plazo específico.
ST	Restricción de terapia escalonada	Antes de que nuestro plan le proporcione cobertura para este medicamento, debe probar antes otro(s) medicamento(s) para tratar su enfermedad. Este medicamento solo estará cubierto si el otro medicamento no le funciona.

Las siguientes abreviaciones de la nota de cobertura adicional se pueden encontrar en el cuerpo de este documento.

OTROS REQUISITOS ESPECIALES PARA LA COBERTURA		
ABREVIACIÓN	DESCRIPCIÓN	EXPLICACIÓN
LA	Medicamentos de acceso limitado	Este medicamento recetado solo está disponible en ciertas farmacias. Para más información, consulte el Directorio de Farmacias o llame al Servicio de Asistencia Farmacéutica al 1-888-807-5717, los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.
NM	Medicamento no disponible para pedidos por correo	Podrá recibir un suministro de más de 1 mes de la mayoría de los medicamentos en su formulario mediante pedido por correo con un costo compartido reducido. Los medicamentos que <u>no</u> están disponibles para pedidos por correo se indican con las siglas "NM" en la columna de Requisitos/Límites de su formulario.
NDS	Sin suministro de días extendidos	Este medicamento no está disponible en un suministro de días extendidos

ABREVIACIONES DE CONCENTRACIÓN Y FORMA DE DOSIFICACIÓN	
ABREVIACIÓN	DESCRIPCIÓN
8 hr	8 horas
12 hr	12 horas
24 hr	24 horas
72 hr	72 horas
act	activado
aero	aerosol
admin	administración
ampul	ampolla
app	aplicador
appl	aplicador
auto	automático
cap	cápsula
chew	masticable
CT	recuento
comb	combo
conc	concentrado
del	demorado

ABREVIACIONES DE CONCENTRACIÓN Y FORMA DE DOSIFICACIÓN	
ABREVIACIÓN	DESCRIPCIÓN
delayed	demorado
disinteg	desintegración
disintegrat	desintegración
dose	dosis
DR	liberación retrasada
EC	Revestimiento entérico
emolnt	emoliente
ENFit	conector de alimentación enteral
er	liberación extendida
ER	liberación extendida
ext	extendida
extnd	extendida
extend	extendida
gast	gástrico
HFA	hidrofluoroalcano
hi	alto
IR	liberación inmediata
liqd	líquido
loz	pastilla
lo	bajo
HFA	hidrofluoroalcano
hi	alto
IR	liberación inmediata
liqd	líquido
lozeng	pastilla
mini lozenge	pastilla en miniatura
misc	varios
MP	Bomba dosificadora
muco	mucosa
pak	paquete
pack	paquete
PCA	Administración controlada por el paciente
pell	bolita
pk	envase
Powdr	polvo
pt	paciente
recon	reconstituido
rel	liberación
releas	liberación
soln	solución
sprinkl	espolvorear

ABREVIACIONES DE CONCENTRACIÓN Y FORMA DE DOSIFICACIÓN	
ABREVIACIÓN	DESCRIPCIÓN
susp	suspensión
suspen	suspensión
syring	jeringa
tab	tableta
TD	transdérmico
var	variable
w/	con

Tabla de Contenido

Agentes Anti Cáncer	3
Agentes Anti-Adicción/De Tratamiento De Abuso De Sustancias.....	18
Agentes Antiansiedad.....	19
Agentes Antidemencia.....	20
Agentes Antidiabetico	20
Agentes Antigota	25
Agentes Antimigraña	26
Agentes Antinausea	27
Agentes Antiparasitarios	28
Agentes Antiparkinson	29
Agentes Antipsicóticos	30
Agentes Calóricos	37
Agentes Cardiovasculares	37
Agentes De Enfermedad Intestinal Inflamatoria	47
Agentes De Enfermedad Ósea Metabólica.....	47
Agentes De Trastorno De Sueño	48
Agentes Del Sistema Nervioso Central.....	49
Agentes Del Tracto Respiratorio	52
Agentes Dentales Y Orales	56
Agentes Dermatológicos.....	57
Agentes Gastrointestinales	61
Agentes Genitourinarios	63
Agentes Hormonales, Estimulante/Reemplazo/Modificador	64
Agentes Inmunológicos	69
Agentes Oftálmicos.....	81
Agentes Para Los Ojos, Oídos, Nariz, Garganta.....	82
Agentes Terapeuticos Misceláneos	86
Agentes Vasodilatadores.....	87
Analgésicos.....	88
Anestésicos	91
Antagonistas De Metales Pesados	92
Anti Infecciosos (Membrana Cutánea Y Mucosa)	92
Antibacterianos.....	92
Anticonceptivos.....	99
Anticonvulsivos.....	108

Antidepresivos	113
Antifúngicos	116
Antihistamínicos	117
Antimicobacteriales.....	118
Antivirales (Sitémico).....	118
Cofactores Enzimáticos/Otros.....	124
Dispositivos	124
Preparaciones De Reemplazo	169
Productos Sanguíneos/Modificadores/Expansores De Volumen	170
Reemplazo/Modificadores De Enzima	173
Relajantes Musculares Esqueléticos	173
Vitaminas Y Minerales	174

Nombre del Medicamento		Requerimientos/ Límites
Agentes Anti Cáncer		
Agentes Anti Cáncer		
<i>abiraterone oral tablet 250 mg</i>	(Abirtega)	PA NSO; NM; QL (120 per 30 days)
<i>abiraterone oral tablet 500 mg</i>	(Zytiga)	PA NSO; NM; QL (120 per 30 days)
<i>abirtega oral tablet 250 mg</i>	(abiraterone)	PA NSO; QL (120 per 30 days)
<i>adrucil intravenous solution 2.5 gram/50 ml</i>	(fluorouracil)	PA BvD
AKEEGA ORAL TABLET 100-500 MG, 50-500 MG		PA NSO; NM; QL (60 per 30 days)
ALECENSA ORAL CAPSULE 150 MG		PA NSO; NM; QL (240 per 30 days)
ALUNBRIG ORAL TABLET 180 MG, 90 MG		PA NSO; NM; QL (30 per 30 days)
ALUNBRIG ORAL TABLET 30 MG		PA NSO; NM; QL (120 per 30 days)
ALUNBRIG ORAL TABLETS,DOSE PACK 90 MG (7)- 180 MG (23)		PA NSO; NM
<i>anastrozole oral tablet 1 mg</i>	(Arimidex)	
ANKTIVA INTRAVESICAL SOLUTION 400 MCG/0.4 ML		PA NSO; NM; QL (1.6 per 28 days)
AUGTYRO ORAL CAPSULE 160 MG		PA NSO; NM; QL (60 per 30 days)
AUGTYRO ORAL CAPSULE 40 MG		PA NSO; NM; QL (240 per 30 days)
AXTLE INTRAVENOUS RECON SOLN 100 MG, 500 MG		NM
AYVAKIT ORAL TABLET 100 MG, 200 MG, 25 MG, 300 MG, 50 MG		PA NSO; NM; QL (30 per 30 days)
<i>azacitidine injection recon soln 100 mg</i>	(Vidaza)	NM
BALVERSA ORAL TABLET 3 MG		PA NSO; NM; QL (84 per 28 days)
BALVERSA ORAL TABLET 4 MG		PA NSO; NM; QL (56 per 28 days)
BALVERSA ORAL TABLET 5 MG		PA NSO; NM; QL (28 per 28 days)
<i>bendamustine intravenous recon soln 100 mg, 25 mg</i>	(Treanda)	PA NSO; NM
BENDAMUSTINE INTRAVENOUS SOLUTION 25 MG/ML	(Bendeka)	PA NSO; NM
BENDEKA INTRAVENOUS SOLUTION 25 MG/ML	(bendamustine)	PA NSO; NM
<i>bexarotene oral capsule 75 mg</i>	(Targretin)	PA NSO; NM

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento

06/01/2025

Nombre del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>bexarotene topical gel 1 %</i> (Targretin)	PA NSO; NM
<i>bicalutamide oral tablet 50 mg</i> (Casodex)	
BIZENGRI INTRAVENOUS SOLUTION 375 MG/18.75 ML (20 MG/ML)	PA NSO; NM; QL (75 per 28 days)
<i>bleomycin injection recon soln 15 unit, 30 unit</i>	
<i>bortezomib injection recon soln 1 mg, 2.5 mg</i>	PA NSO
<i>bortezomib injection recon soln 3.5 mg</i> (Velcade)	PA NSO
BORUZU INJECTION SOLUTION 2.5 MG/ML	PA NSO
BOSULIF ORAL CAPSULE 100 MG	PA NSO; NM; QL (180 per 30 days)
BOSULIF ORAL CAPSULE 50 MG	PA NSO; NM; QL (30 per 30 days)
BOSULIF ORAL TABLET 100 MG	PA NSO; NM; QL (180 per 30 days)
BOSULIF ORAL TABLET 400 MG, 500 MG	PA NSO; NM; QL (30 per 30 days)
BRAFTOVI ORAL CAPSULE 75 MG	PA NSO; NM; QL (180 per 30 days)
BRUKINSA ORAL CAPSULE 80 MG	PA NSO; NM; QL (120 per 30 days)
CABOMETYX ORAL TABLET 20 MG, 60 MG	PA NSO; NM; QL (30 per 30 days)
CABOMETYX ORAL TABLET 40 MG	PA NSO; NM; QL (60 per 30 days)
CALQUENCE (ACALABRUTINIB MAL) ORAL TABLET 100 MG	PA NSO; NM; QL (60 per 30 days)
CALQUENCE ORAL CAPSULE 100 MG	PA NSO; NM; QL (60 per 30 days)
CAPRELSA ORAL TABLET 100 MG (vandetanib)	PA NSO; NM; QL (60 per 30 days)
CAPRELSA ORAL TABLET 300 MG (vandetanib)	PA NSO; NM; QL (30 per 30 days)
COMETRIQ ORAL CAPSULE 100 MG/DAY(80 MG X1-20 MG X1), 60 MG/DAY (20 MG X 3/DAY)	PA NSO; NM
COMETRIQ ORAL CAPSULE 140 MG/DAY(80 MG X1-20 MG X3)	PA NSO; NM; QL (112 per 28 days)
COPIKTRA ORAL CAPSULE 15 MG, 25 MG	PA NSO; NM; QL (56 per 28 days)

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento

06/01/2025

Nombre del Medicamento	Requerimientos/ Límites
COTELLIC ORAL TABLET 20 MG	PA NSO; NM; LA; QL (63 per 28 days)
<i>cyclophosphamide intravenous recon soln</i> 1 gram, 2 gram, 500 mg	PA BvD; NM
<i>cyclophosphamide intravenous solution</i> 100 mg/ml, 200 mg/ml	PA BvD; NM
<i>cyclophosphamide intravenous solution</i> 500 mg/ml (Frindovyx)	PA BvD; NM
<i>cyclophosphamide oral capsule</i> 25 mg, 50 mg	PA BvD; ST
<i>cyclophosphamide oral tablet</i> 25 mg, 50 mg	PA BvD; ST
DANYELZA INTRAVENOUS SOLUTION 4 MG/ML	PA NSO; NM; QL (120 per 28 days)
DANZITEN ORAL TABLET 71 MG, 95 MG	PA NSO; NM; QL (112 per 28 days)
<i>dasatinib oral tablet</i> 100 mg, 140 mg, 50 mg, 70 mg, 80 mg (Sprycel)	PA NSO; NM; QL (30 per 30 days)
<i>dasatinib oral tablet</i> 20 mg (Sprycel)	PA NSO; NM; QL (90 per 30 days)
DATROWAY INTRAVENOUS RECON SOLN 100 MG	PA NSO; NM
DAURISMO ORAL TABLET 100 MG	PA NSO; NM; QL (30 per 30 days)
DAURISMO ORAL TABLET 25 MG	PA NSO; NM; QL (60 per 30 days)
<i>decitabine intravenous recon soln</i> 50 mg	NM
<i>doxorubicin, peg-liposomal intravenous suspension</i> 2 mg/ml (Caelyx)	PA BvD; NM
ELAHERE INTRAVENOUS SOLUTION 5 MG/ML	PA NSO; NM
ELIGARD (3 MONTH) SUBCUTANEOUS SYRINGE 22.5 MG	PA NSO
ELIGARD (4 MONTH) SUBCUTANEOUS SYRINGE 30 MG	PA NSO
ELIGARD (6 MONTH) SUBCUTANEOUS SYRINGE 45 MG	PA NSO

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento

06/01/2025

Nombre del Medicamento	Requerimientos/ Límites
ELIGARD SUBCUTANEOUS SYRINGE 7.5 MG (1 MONTH)	PA NSO
ELREXFIO 44 MG/1.1 ML VIAL INNER, SUV, P/F 40 MG/ML	PA NSO; NM
ELREXFIO SUBCUTANEOUS SOLUTION 40 MG/ML	PA NSO; NM; QL (9.5 per 28 days)
EMCYT ORAL CAPSULE 140 MG	NM
EPKINLY SUBCUTANEOUS SOLUTION 4 MG/0.8 ML, 48 MG/0.8 ML	PA NSO; NM
ERBITUX INTRAVENOUS SOLUTION 100 MG/50 ML, 200 MG/100 ML	PA NSO; NM
ERIVEDGE ORAL CAPSULE 150 MG	PA NSO; NM; QL (28 per 28 days)
ERLEADA ORAL TABLET 240 MG	PA NSO; NM; QL (30 per 30 days)
ERLEADA ORAL TABLET 60 MG	PA NSO; NM; QL (90 per 30 days)
<i>erlotinib oral tablet 100 mg</i> (Tarceva)	PA NSO; NM; QL (60 per 30 days)
<i>erlotinib oral tablet 150 mg</i>	PA NSO; NM; QL (90 per 30 days)
<i>erlotinib oral tablet 25 mg</i>	PA NSO; NM; QL (60 per 30 days)
ETOPOPHOS INTRAVENOUS RECON SOLN 100 MG	
<i>etoposide intravenous solution 20 mg/ml</i>	
EULEXIN ORAL CAPSULE 125 MG (flutamide)	NM
<i>everolimus (antineoplastic) oral tablet 10 mg</i> (Torpenz)	PA NSO; NM; QL (56 per 28 days)
<i>everolimus (antineoplastic) oral tablet 2.5 mg, 5 mg, 7.5 mg</i> (Torpenz)	PA NSO; NM; QL (28 per 28 days)
<i>everolimus (antineoplastic) oral tablet for suspension 2 mg, 3 mg, 5 mg</i> (Afinitor Disperz)	PA NSO; NM; QL (112 per 28 days)
<i>exemestane oral tablet 25 mg</i> (Aromasin)	
FIRMAGON KIT W DILUENT SYRINGE SUBCUTANEOUS RECON SOLN 120 MG	PA BvD; NM
FIRMAGON KIT W DILUENT SYRINGE SUBCUTANEOUS RECON SOLN 80 MG	PA BvD

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento

06/01/2025

Nombre del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>floxuridine injection recon soln 0.5 gram</i>	PA BvD
<i>fluorouracil intravenous solution 1 gram/20 ml, 5 gram/100 ml, 500 mg/10 ml</i>	PA BvD
<i>flutamide oral capsule 125 mg</i> (Eulexin)	
FOTIVDA ORAL CAPSULE 0.89 MG, 1.34 MG	PA NSO; NM; QL (21 per 28 days)
FRUZAQLA ORAL CAPSULE 1 MG	PA NSO; NM; QL (84 per 28 days)
FRUZAQLA ORAL CAPSULE 5 MG	PA NSO; NM; QL (21 per 28 days)
<i>fulvestrant intramuscular syringe 250 mg/5 ml</i> (Faslodex)	NM
FYARRO INTRAVENOUS SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 100 MG	PA NSO; NM
GAVRETO ORAL CAPSULE 100 MG	PA NSO; NM; QL (120 per 30 days)
<i>gefitinib oral tablet 250 mg</i> (Iressa)	PA NSO; NM; QL (60 per 30 days)
GILOTRIF ORAL TABLET 20 MG, 30 MG, 40 MG	PA NSO; NM; QL (30 per 30 days)
GLEOSTINE ORAL CAPSULE 10 MG (lomustine)	
GLEOSTINE ORAL CAPSULE 100 MG, 40 MG (lomustine)	NM
GOMEKLI ORAL CAPSULE 1 MG	PA NSO; NM; QL (224 per 28 days)
GOMEKLI ORAL CAPSULE 2 MG	PA NSO; NM; QL (112 per 28 days)
GOMEKLI ORAL TABLET FOR SUSPENSION 1 MG	PA NSO; NM; QL (224 per 28 days)
HERCEPTIN HYLECTA SUBCUTANEOUS SOLUTION 600 MG-10,000 UNIT/5 ML	PA NSO; NM; QL (5 per 21 days)
HERZUMA INTRAVENOUS RECON SOLN 150 MG, 420 MG	PA NSO; NM
<i>hydroxyurea oral capsule 500 mg</i> (Hydrea)	
IBRANCE ORAL CAPSULE 100 MG, 125 MG, 75 MG	PA NSO; NM; QL (21 per 28 days)
IBRANCE ORAL TABLET 100 MG, 125 MG, 75 MG	PA NSO; NM; QL (21 per 28 days)

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento

06/01/2025

Nombre del Medicamento	Requerimientos/ Límites
ICLUSIG ORAL TABLET 10 MG, 15 MG, 30 MG, 45 MG	PA NSO; NM; QL (30 per 30 days)
IDHIFA ORAL TABLET 100 MG, 50 MG	PA NSO; NM; QL (30 per 30 days)
<i>ifosfamide intravenous recon soln 1 gram</i> (Ifex)	
<i>ifosfamide intravenous solution 1 gram/20 ml, 3 gram/60 ml</i>	
<i>imatinib oral tablet 100 mg</i> (Gleevec)	PA NSO; QL (180 per 30 days)
<i>imatinib oral tablet 400 mg</i> (Gleevec)	PA NSO; QL (60 per 30 days)
IMBRUVICA ORAL CAPSULE 140 MG	PA NSO; NM; QL (120 per 30 days)
IMBRUVICA ORAL CAPSULE 70 MG	PA NSO; NM; QL (28 per 28 days)
IMBRUVICA ORAL SUSPENSION 70 MG/ML	PA NSO; NM; QL (216 per 30 days)
IMBRUVICA ORAL TABLET 140 MG, 280 MG, 420 MG, 560 MG	PA NSO; NM; QL (28 per 28 days)
IMDELLTRA INTRAVENOUS RECON SOLN 1 MG, 10 MG	PA NSO; NM
IMJUDO INTRAVENOUS SOLUTION 20 MG/ML	PA NSO; NM
IMKELDI ORAL SOLUTION 80 MG/ML	PA NSO; NM; QL (280 per 28 days)
INLYTA ORAL TABLET 1 MG	PA NSO; NM; QL (180 per 30 days)
INLYTA ORAL TABLET 5 MG	PA NSO; NM; QL (120 per 30 days)
INQOVI ORAL TABLET 35-100 MG	PA NSO; NM; QL (5 per 28 days)
INREBIC ORAL CAPSULE 100 MG	PA NSO; NM; QL (120 per 30 days)
ITOVEBI ORAL TABLET 3 MG	PA NSO; NM; QL (60 per 30 days)
ITOVEBI ORAL TABLET 9 MG	PA NSO; NM; QL (30 per 30 days)
IWILFIN ORAL TABLET 192 MG	PA NSO; NM; QL (240 per 30 days)
JAKAFI ORAL TABLET 10 MG, 15 MG, 20 MG, 25 MG, 5 MG	PA NSO; NM; QL (60 per 30 days)
JAYPIRCA ORAL TABLET 100 MG	PA NSO; NM; QL (60 per 30 days)
JAYPIRCA ORAL TABLET 50 MG	PA NSO; NM; QL (90 per 30 days)
JEMPERLI INTRAVENOUS SOLUTION 50 MG/ML	PA NSO; NM

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento

06/01/2025

Nombre del Medicamento	Requerimientos/ Límites
JYLAMVO ORAL SOLUTION 2 MG/ML	PA BvD; ST
KEYTRUDA INTRAVENOUS SOLUTION 25 MG/ML	PA NSO; NM
KIMMTRAK INTRAVENOUS SOLUTION 100 MCG/0.5 ML	PA NSO; NM; QL (2 per 28 days)
KISQALI FEMARA CO-PACK ORAL TABLET 200 MG/DAY(200 MG X 1)-2.5 MG	PA NSO; NM; QL (49 per 28 days)
KISQALI FEMARA CO-PACK ORAL TABLET 400 MG/DAY(200 MG X 2)-2.5 MG	PA NSO; NM; QL (70 per 28 days)
KISQALI FEMARA CO-PACK ORAL TABLET 600 MG/DAY(200 MG X 3)-2.5 MG	PA NSO; NM; QL (91 per 28 days)
KISQALI ORAL TABLET 200 MG/DAY (200 MG X 1)	PA NSO; NM; QL (21 per 28 days)
KISQALI ORAL TABLET 400 MG/DAY (200 MG X 2)	PA NSO; NM; QL (42 per 28 days)
KISQALI ORAL TABLET 600 MG/DAY (200 MG X 3)	PA NSO; NM; QL (63 per 28 days)
KOSELUGO ORAL CAPSULE 10 MG	PA NSO; NM; QL (300 per 30 days)
KOSELUGO ORAL CAPSULE 25 MG	PA NSO; NM; QL (120 per 30 days)
KRAZATI ORAL TABLET 200 MG	PA NSO; NM; QL (180 per 30 days)
<i>lapatinib oral tablet 250 mg</i> (Tykerb)	PA NSO; NM
LAZCLUZE ORAL TABLET 240 MG	PA NSO; NM; QL (30 per 30 days)
LAZCLUZE ORAL TABLET 80 MG	PA NSO; NM; QL (60 per 30 days)
<i>lenalidomide oral capsule 10 mg, 15 mg, 2.5 mg, 20 mg, 25 mg, 5 mg</i> (Revlimid)	PA NSO; NM; QL (28 per 28 days)
LENVIMA ORAL CAPSULE 10 MG/DAY (10 MG X 1), 12 MG/DAY (4 MG X 3), 14 MG/DAY(10 MG X 1-4 MG X 1), 18 MG/DAY (10 MG X 1-4 MG X2), 20 MG/DAY (10 MG X 2), 24 MG/DAY(10 MG X 2-4 MG X 1), 4 MG, 8 MG/DAY (4 MG X 2)	PA NSO; NM

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento

06/01/2025

Nombre del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>letrozole oral tablet 2.5 mg</i> (Femara)	
LEUKERAN ORAL TABLET 2 MG	NM
<i>leuprolide (3 month) intramuscular suspension for reconstitution 22.5 mg</i>	PA NSO
<i>leuprolide subcutaneous kit 1 mg/0.2 ml</i>	PA NSO
LONSURF ORAL TABLET 15-6.14 MG	PA NSO; NM; QL (100 per 28 days)
LONSURF ORAL TABLET 20-8.19 MG	PA NSO; NM; QL (80 per 28 days)
LOQTORZI INTRAVENOUS SOLUTION 240 MG/6 ML (40 MG/ML)	PA NSO; NM
LORBRENA ORAL TABLET 100 MG	PA NSO; NM; QL (30 per 30 days)
LORBRENA ORAL TABLET 25 MG	PA NSO; NM; QL (90 per 30 days)
LUMAKRAS ORAL TABLET 120 MG	PA NSO; NM; QL (240 per 30 days)
LUMAKRAS ORAL TABLET 240 MG	PA NSO; NM; QL (120 per 30 days)
LUMAKRAS ORAL TABLET 320 MG	PA NSO; NM; QL (90 per 30 days)
LUNSUMIO INTRAVENOUS SOLUTION 1 MG/ML	PA NSO; NM
LUPRON DEPOT (3 MONTH) INTRAMUSCULAR SYRINGE KIT 22.5 MG	PA NSO; NM
LUPRON DEPOT (4 MONTH) INTRAMUSCULAR SYRINGE KIT 30 MG	PA NSO; NM
LUPRON DEPOT (6 MONTH) INTRAMUSCULAR SYRINGE KIT 45 MG	PA NSO; NM
LUPRON DEPOT INTRAMUSCULAR SYRINGE KIT 7.5 MG	PA NSO; NM
LYNPARZA ORAL TABLET 100 MG, 150 MG	PA NSO; NM; QL (120 per 30 days)
LYSODREN ORAL TABLET 500 MG	NM
LYTGOBI ORAL TABLET 12 MG/DAY (4 MG X 3), 16 MG/DAY (4 MG X 4), 20 MG/DAY (4 MG X 5)	PA NSO; NM; QL (140 per 28 days)
MARGENZA INTRAVENOUS SOLUTION 25 MG/ML	PA NSO; NM

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento

06/01/2025

Nombre del Medicamento	Requerimientos/ Límites
MATULANE ORAL CAPSULE 50 MG	NM
<i>megestrol oral tablet 20 mg, 40 mg</i>	PA NSO-HRM; AGE (Max 64 Years)
MEKINIST ORAL RECON SOLN 0.05 MG/ML	PA NSO; NM; QL (1260 per 30 days)
MEKINIST ORAL TABLET 0.5 MG	PA NSO; NM; QL (90 per 30 days)
MEKINIST ORAL TABLET 2 MG	PA NSO; NM; QL (30 per 30 days)
MEKTOVI ORAL TABLET 15 MG	PA NSO; NM; QL (180 per 30 days)
<i>mercaptopurine oral suspension 20 mg/ml</i> (Purixan)	NM
<i>mercaptopurine oral tablet 50 mg</i>	
<i>methotrexate sodium (pf) injection recon soln 1 gram</i>	
<i>methotrexate sodium (pf) injection solution 25 mg/ml</i>	
<i>methotrexate sodium injection solution 25 mg/ml</i>	
<i>methotrexate sodium oral tablet 2.5 mg</i>	PA BvD; ST
<i>mitoxantrone intravenous concentrate 2 mg/ml</i>	
MVASI INTRAVENOUS SOLUTION 25 MG/ML	PA NSO; NM
NERLYNX ORAL TABLET 40 MG	PA NSO; NM; QL (180 per 30 days)
<i>nilutamide oral tablet 150 mg</i> (Nilandron)	NM
NINLARO ORAL CAPSULE 2.3 MG, 3 MG, 4 MG	PA NSO; NM; QL (3 per 28 days)
NUBEQA ORAL TABLET 300 MG	PA NSO; NM; QL (120 per 30 days)
ODOMZO ORAL CAPSULE 200 MG	PA NSO; NM; LA
OGIVRI INTRAVENOUS RECON SOLN 150 MG, 420 MG	PA NSO; NM
OGSIVEO ORAL TABLET 100 MG, 150 MG	PA NSO; NM; QL (60 per 30 days)
OGSIVEO ORAL TABLET 50 MG	PA NSO; NM; QL (180 per 30 days)
OJEMDA ORAL SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 25 MG/ML	PA NSO; NM; QL (96 per 28 days)

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento

06/01/2025

Nombre del Medicamento	Requerimientos/ Límites
OJEMDA ORAL TABLET 400 MG/WEEK (100 MG X 4), 500 MG/WEEK (100 MG X 5), 600 MG/WEEK (100 MG X 6)	PA NSO; NM; QL (24 per 28 days)
OJJAARA ORAL TABLET 100 MG, 150 MG, 200 MG	PA NSO; NM; QL (30 per 30 days)
ONTRUZANT INTRAVENOUS RECON SOLN 150 MG, 420 MG	PA NSO; NM
ONUREG ORAL TABLET 200 MG, 300 MG	PA NSO; NM; QL (14 per 28 days)
OPDIVO INTRAVENOUS SOLUTION 100 MG/10 ML, 120 MG/12 ML, 240 MG/24 ML, 40 MG/4 ML	PA NSO; NM
OPDIVO QVANTIG SUBCUTANEOUS SOLUTION 600 MG-10,000 UNIT/5 ML	PA NSO; NM
OPDUALAG INTRAVENOUS SOLUTION 240-80 MG/20 ML	PA NSO; NM
ORSERDU ORAL TABLET 345 MG	PA NSO; NM; QL (30 per 30 days)
ORSERDU ORAL TABLET 86 MG	PA NSO; NM; QL (90 per 30 days)
<i>paclitaxel protein-bound intravenous suspension for reconstitution 100 mg</i> (Abraxane)	PA BvD; NM
<i>pazopanib oral tablet 200 mg</i> (Votrient)	PA NSO; NM; QL (120 per 30 days)
PEMAZYRE ORAL TABLET 13.5 MG, 4.5 MG, 9 MG	PA NSO; NM; QL (30 per 30 days)
<i>pemetrexed disodium intravenous recon soln 1,000 mg, 750 mg</i>	NM
<i>pemetrexed disodium intravenous solution 25 mg/ml</i>	NM
<i>pemetrexed intravenous recon soln 100 mg, 500 mg</i>	NM
PEMRYDI RTU INTRAVENOUS SOLUTION 10 MG/ML	NM
PIQRAY ORAL TABLET 200 MG/DAY (200 MG X 1)	PA NSO; NM; QL (28 per 28 days)

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento

06/01/2025

Nombre del Medicamento	Requerimientos/ Límites
PIQRAY ORAL TABLET 250 MG/DAY (200 MG X1-50 MG X1), 300 MG/DAY (150 MG X 2)	PA NSO; NM; QL (56 per 28 days)
POMALYST ORAL CAPSULE 1 MG, 2 MG, 3 MG, 4 MG	PA NSO; NM; QL (21 per 28 days)
QINLOCK ORAL TABLET 50 MG	PA NSO; NM; QL (90 per 30 days)
RETEVMO ORAL CAPSULE 40 MG	PA NSO; NM; QL (180 per 30 days)
RETEVMO ORAL CAPSULE 80 MG	PA NSO; NM; QL (120 per 30 days)
RETEVMO ORAL TABLET 120 MG, 160 MG	PA NSO; NM; QL (60 per 30 days)
RETEVMO ORAL TABLET 40 MG	PA NSO; NM; QL (180 per 30 days)
RETEVMO ORAL TABLET 80 MG	PA NSO; NM; QL (120 per 30 days)
REVUFORJ ORAL TABLET 110 MG	PA NSO; NM; QL (120 per 30 days)
REVUFORJ ORAL TABLET 160 MG	PA NSO; NM; QL (60 per 30 days)
REVUFORJ ORAL TABLET 25 MG	PA NSO; NM; QL (240 per 30 days)
REZLIDHIA ORAL CAPSULE 150 MG	PA NSO; NM; QL (60 per 30 days)
RIABNI INTRAVENOUS SOLUTION 10 MG/ML	PA NSO; NM
RITUXAN HYCELA SUBCUTANEOUS SOLUTION 1400 MG/11.7 ML (120 MG/ML), 1600 MG/13.4 ML (120 MG/ML)	PA NSO; NM
ROMVIMZA ORAL CAPSULE 14 MG, 20 MG, 30 MG	PA NSO; NM; QL (8 per 28 days)
ROZLYTREK ORAL CAPSULE 100 MG	PA NSO; NM; QL (180 per 30 days)
ROZLYTREK ORAL CAPSULE 200 MG	PA NSO; NM; QL (90 per 30 days)
ROZLYTREK ORAL PELLETS IN PACKET 50 MG	PA NSO; NM; QL (360 per 30 days)
RUBRACA ORAL TABLET 200 MG, 250 MG, 300 MG	PA NSO; NM; QL (120 per 30 days)
RUXIENCE INTRAVENOUS SOLUTION 10 MG/ML	PA NSO; NM
RYBREVANT INTRAVENOUS SOLUTION 50 MG/ML	PA NSO; NM
RYDAPT ORAL CAPSULE 25 MG	PA NSO; NM; QL (224 per 28 days)

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento

06/01/2025

Nombre del Medicamento	Requerimientos/ Límites
RYTELO INTRAVENOUS RECON SOLN 188 MG, 47 MG	PA NSO; NM
SCSEMBLIX ORAL TABLET 100 MG	PA NSO; NM; QL (120 per 30 days)
SCSEMBLIX ORAL TABLET 20 MG	PA NSO; NM; QL (60 per 30 days)
SCSEMBLIX ORAL TABLET 40 MG	PA NSO; NM; QL (300 per 30 days)
SOLTAMOX ORAL SOLUTION 20 MG/10 ML	NM
<i>sorafenib oral tablet 200 mg</i> (Nexavar)	PA NSO; NM; QL (120 per 30 days)
STIVARGA ORAL TABLET 40 MG	PA NSO; NM; QL (84 per 28 days)
<i>sunitinib malate oral capsule 12.5 mg, 25 mg, 37.5 mg, 50 mg</i> (Sutent)	PA NSO; NM; QL (28 per 28 days)
SYNRIBO SUBCUTANEOUS RECON SOLN 3.5 MG	PA NSO; NM
TABLOID ORAL TABLET 40 MG (thioguanine)	
TABRECTA ORAL TABLET 150 MG, 200 MG	PA NSO; NM; QL (112 per 28 days)
TAFINLAR ORAL CAPSULE 50 MG, 75 MG	PA NSO; NM; QL (120 per 30 days)
TAFINLAR ORAL TABLET FOR SUSPENSION 10 MG	PA NSO; NM; QL (900 per 30 days)
TAGRISSO ORAL TABLET 40 MG, 80 MG	PA NSO; NM; LA; QL (30 per 30 days)
TALVEY SUBCUTANEOUS SOLUTION 2 MG/ML, 40 MG/ML	PA NSO; NM
TALZENNA ORAL CAPSULE 0.1 MG, 0.25 MG, 0.35 MG, 0.5 MG, 0.75 MG, 1 MG	PA NSO; NM; QL (30 per 30 days)
<i>tamoxifen oral tablet 10 mg, 20 mg</i>	
TASIGNA ORAL CAPSULE 150 MG, 200 MG (nilotinib hcl)	PA NSO; NM; QL (112 per 28 days)
TASIGNA ORAL CAPSULE 50 MG (nilotinib hcl)	PA NSO; NM; QL (120 per 30 days)
TAZVERIK ORAL TABLET 200 MG	PA NSO; NM; QL (240 per 30 days)
TECVAYLI SUBCUTANEOUS SOLUTION 10 MG/ML, 90 MG/ML	PA NSO; NM
TEPMETKO ORAL TABLET 225 MG	PA NSO; NM; QL (60 per 30 days)

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento

06/01/2025

Nombre del Medicamento	Requerimientos/ Límites
TEVIMBRA INTRAVENOUS SOLUTION 10 MG/ML	PA NSO; NM
TIBSOVO ORAL TABLET 250 MG	PA NSO; NM; QL (60 per 30 days)
TICE BCG INTRAVESICAL SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 50 MG	
TIVDAK INTRAVENOUS RECON SOLN 40 MG	PA NSO; NM; QL (5 per 21 days)
<i>toposar intravenous solution 20 mg/ml</i> (etoposide)	
<i>toremifene oral tablet 60 mg</i> (Fareston)	NM
<i>torpenz oral tablet 10 mg</i> (everolimus (antineoplastic))	PA NSO; NM; QL (60 per 30 days)
<i>torpenz oral tablet 2.5 mg, 5 mg, 7.5 mg</i> (everolimus (antineoplastic))	PA NSO; NM; QL (30 per 30 days)
TRAZIMERA INTRAVENOUS RECON SOLN 150 MG, 420 MG	PA NSO; NM
TRELSTAR INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 11.25 MG, 22.5 MG, 3.75 MG	PA NSO
<i>tretinoin (antineoplastic) oral capsule 10 mg</i>	NM
TRUQAP ORAL TABLET 160 MG, 200 MG	PA NSO; NM; QL (64 per 28 days)
TRUXIMA INTRAVENOUS SOLUTION 10 MG/ML	PA NSO; NM
TUKYSA ORAL TABLET 150 MG	PA NSO; NM; QL (120 per 30 days)
TUKYSA ORAL TABLET 50 MG	PA NSO; NM; QL (300 per 30 days)
TURALIO ORAL CAPSULE 125 MG, 200 MG	PA NSO; NM; QL (120 per 30 days)
VANFLYTA ORAL TABLET 17.7 MG, 26.5 MG	PA NSO; NM
VEGZELMA INTRAVENOUS SOLUTION 25 MG/ML	PA NSO; NM
VENCLEXTA ORAL TABLET 10 MG	PA NSO; LA; QL (60 per 30 days)

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento

06/01/2025

Nombre del Medicamento	Requerimientos/ Límites
VENCLEXTA ORAL TABLET 100 MG	PA NSO; NM; LA; QL (180 per 30 days)
VENCLEXTA ORAL TABLET 50 MG	PA NSO; NM; LA; QL (30 per 30 days)
VENCLEXTA STARTING PACK ORAL TABLETS,DOSE PACK 10 MG-50 MG-100 MG	PA NSO; NM; LA
VERZENIO ORAL TABLET 100 MG, 150 MG, 200 MG, 50 MG	PA NSO; NM; QL (56 per 28 days)
<i>vinorelbine intravenous solution 10 mg/ml, 50 mg/5 ml</i>	
VITRAKVI ORAL CAPSULE 100 MG	PA NSO; NM; QL (60 per 30 days)
VITRAKVI ORAL CAPSULE 25 MG	PA NSO; NM; QL (180 per 30 days)
VITRAKVI ORAL SOLUTION 20 MG/ML	PA NSO; NM; QL (300 per 30 days)
VIVIMUSTA INTRAVENOUS SOLUTION 25 MG/ML (bendamustine)	PA NSO; NM
VIZIMPRO ORAL TABLET 15 MG, 30 MG, 45 MG	PA NSO; NM; QL (30 per 30 days)
VONJO ORAL CAPSULE 100 MG	PA NSO; NM; QL (120 per 30 days)
VORANIGO ORAL TABLET 10 MG, 40 MG	PA NSO; NM
VYLOY INTRAVENOUS RECON SOLN 100 MG, 300 MG	PA NSO; NM
WELIREG ORAL TABLET 40 MG	PA NSO; NM; QL (90 per 30 days)
XALKORI ORAL CAPSULE 200 MG, 250 MG	PA NSO; NM; QL (120 per 30 days)
XALKORI ORAL PELLETT 150 MG	PA NSO; NM; QL (180 per 30 days)
XALKORI ORAL PELLETT 20 MG	PA NSO; NM; QL (240 per 30 days)
XALKORI ORAL PELLETT 50 MG	PA NSO; NM; QL (120 per 30 days)
XATMEP ORAL SOLUTION 2.5 MG/ML	PA BvD; ST
XOSPATA ORAL TABLET 40 MG	PA NSO; NM; QL (90 per 30 days)

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento

06/01/2025

Nombre del Medicamento	Requerimientos/ Límites
XPOVIO ORAL TABLET 100 MG/WEEK (50 MG X 2), 40MG TWICE WEEK (40 MG X 2), 80 MG/WEEK (40 MG X 2)	PA NSO; NM; QL (8 per 28 days)
XPOVIO ORAL TABLET 40 MG/WEEK (10 MG X 4)	PA NSO; NM; QL (16 per 28 days)
XPOVIO ORAL TABLET 40 MG/WEEK (20 MG X 2), 40 MG/WEEK (40 MG X 1), 60 MG/WEEK (60 MG X 1)	PA NSO; NM; QL (4 per 28 days)
XPOVIO ORAL TABLET 60MG TWICE WEEK (120 MG/WEEK)	PA NSO; NM; QL (24 per 28 days)
XPOVIO ORAL TABLET 80MG TWICE WEEK (160 MG/WEEK)	PA NSO; NM; QL (32 per 28 days)
XTANDI ORAL CAPSULE 40 MG	PA NSO; NM; QL (120 per 30 days)
XTANDI ORAL TABLET 40 MG	PA NSO; NM; QL (120 per 30 days)
XTANDI ORAL TABLET 80 MG	PA NSO; NM; QL (60 per 30 days)
YERVOY INTRAVENOUS SOLUTION 200 MG/40 ML (5 MG/ML), 50 MG/10 ML (5 MG/ML)	PA NSO; NM
YONSA ORAL TABLET 125 MG	PA NSO; NM; QL (120 per 30 days)
ZEJULA ORAL CAPSULE 100 MG	PA NSO; NM; QL (90 per 30 days)
ZEJULA ORAL TABLET 100 MG, 200 MG, 300 MG	PA NSO; NM; QL (30 per 30 days)
ZELBORAF ORAL TABLET 240 MG	PA NSO; NM; QL (240 per 30 days)
ZIIHERA INTRAVENOUS RECON SOLN 300 MG	PA NSO; NM
ZIRABEV INTRAVENOUS SOLUTION 25 MG/ML	PA NSO; NM
ZOLADEX SUBCUTANEOUS IMPLANT 10.8 MG, 3.6 MG	PA NSO
ZOLINZA ORAL CAPSULE 100 MG	NM
ZYDELIG ORAL TABLET 100 MG, 150 MG	PA NSO; NM; QL (60 per 30 days)
ZYKADIA ORAL TABLET 150 MG	PA NSO; NM; QL (84 per 28 days)

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento

06/01/2025

Nombre del Medicamento	Requerimientos/ Límites
ZYNLONTA INTRAVENOUS RECON SOLN 10 MG	PA NSO; NM
ZYNYZ INTRAVENOUS SOLUTION 500 MG/20 ML	PA NSO; NM; QL (20 per 28 days)
Agentes Anti-Adicción/De Tratamiento De Abuso De Sustancias	
Agentes Anti-Adicción/De Tratamiento De Abuso De Sustancias	
<i>acamprosate oral tablet, delayed release (dr/ec) 333 mg</i>	
<i>buprenorphine hcl sublingual tablet 2 mg, 8 mg</i>	QL (90 per 30 days)
<i>buprenorphine-naloxone sublingual film 12-3 mg</i> (Suboxone)	QL (60 per 30 days)
<i>buprenorphine-naloxone sublingual film 2-0.5 mg, 4-1 mg, 8-2 mg</i> (Suboxone)	QL (90 per 30 days)
<i>buprenorphine-naloxone sublingual tablet 2-0.5 mg, 8-2 mg</i>	QL (90 per 30 days)
<i>bupropion hcl (smoking deter) oral tablet extended release 12 hr 150 mg</i>	
<i>disulfiram oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	
KLOXXADO NASAL SPRAY, NON-AEROSOL 8 MG/ACTUATION	QL (4 per 30 days)
<i>naloxone injection solution 0.4 mg/ml</i>	
<i>naloxone injection syringe 0.4 mg/ml, 0.4 mg/ml (prefilled syringe), 1 mg/ml</i>	
<i>naloxone nasal spray, non-aerosol 4 mg/actuation</i> (Narcan)	QL (4 per 30 days)
<i>naltrexone oral tablet 50 mg</i>	
NICOTROL NS NASAL SPRAY, NON-AEROSOL 10 MG/ML	QL (240 per 180 days)
<i>varenicline tartrate oral tablet 0.5 mg, 1 mg</i> (Chantix)	QL (336 per 365 days)

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento

06/01/2025

Nombre del Medicamento	Requerimientos/ Límites
varenicline tartrate oral tablet 1 mg (56 pack)	QL (336 per 365 days)
varenicline tartrate oral tablets,dose pack 0.5 mg (11)- 1 mg (42) (Chantix Starting Month Box)	
Agentes Antiansiedad	
Benzodiacepinas	
alprazolam oral tablet 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg (Xanax)	NM; NDS; QL (120 per 30 days)
alprazolam oral tablet 2 mg (Xanax)	NM; NDS; QL (150 per 30 days)
chlordiazepoxide hcl oral capsule 10 mg, 25 mg, 5 mg	NM; NDS; QL (120 per 30 days)
clonazepam oral tablet 0.5 mg, 1 mg (Klonopin)	QL (90 per 30 days)
clonazepam oral tablet 2 mg (Klonopin)	QL (300 per 30 days)
clonazepam oral tablet,disintegrating 0.125 mg, 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg	QL (90 per 30 days)
clonazepam oral tablet,disintegrating 2 mg	QL (300 per 30 days)
clorazepate dipotassium oral tablet 15 mg, 3.75 mg, 7.5 mg	QL (180 per 30 days)
diazepam injection solution 5 mg/ml	QL (10 per 28 days)
diazepam injection syringe 5 mg/ml	
diazepam intensol oral concentrate 5 mg/ml (diazepam)	QL (1200 per 30 days)
diazepam oral solution 5 mg/5 ml (1 mg/ml)	QL (1200 per 30 days)
diazepam oral tablet 10 mg, 2 mg, 5 mg (Valium)	QL (120 per 30 days)
lorazepam 2 mg/ml oral concent (Lorazepam Intensol)	NM; NDS; QL (150 per 30 days)
lorazepam injection solution 2 mg/ml, 4 mg/ml (Ativan)	QL (2 per 30 days)
lorazepam injection syringe 2 mg/ml	QL (2 per 30 days)
lorazepam intensol oral concentrate 2 mg/ml (lorazepam)	NM; NDS; QL (150 per 30 days)
lorazepam oral tablet 0.5 mg, 1 mg (Ativan)	NM; NDS; QL (90 per 30 days)
lorazepam oral tablet 2 mg (Ativan)	NM; NDS; QL (150 per 30 days)

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento

06/01/2025

Nombre del Medicamento	Requerimientos/ Límites
temazepam oral capsule 15 mg, 22.5 mg, 30 mg (Restoril)	NM; NDS; QL (30 per 30 days)
temazepam oral capsule 7.5 mg (Restoril)	NM; NDS; QL (120 per 30 days)
triazolam oral tablet 0.125 mg	NM; NDS; QL (120 per 30 days)
triazolam oral tablet 0.25 mg (Halcion)	NM; NDS; QL (60 per 30 days)
Agentes Antidemencia	
Agentes Antidemencia	
donepezil oral tablet 10 mg, 23 mg, 5 mg (Aricept)	QL (30 per 30 days)
donepezil oral tablet, disintegrating 10 mg	
donepezil oral tablet, disintegrating 5 mg	QL (30 per 30 days)
ergoloid oral tablet 1 mg	
galantamine oral capsule, ext rel. pellets 24 hr 16 mg, 24 mg, 8 mg	QL (30 per 30 days)
galantamine oral solution 4 mg/ml	QL (200 per 30 days)
galantamine oral tablet 12 mg, 4 mg, 8 mg	QL (60 per 30 days)
memantine oral capsule, sprinkle, er 24hr 14 mg, 21 mg, 28 mg	ST; QL (30 per 30 days)
memantine oral capsule, sprinkle, er 24hr 7 mg (Namenda XR)	ST; QL (30 per 30 days)
memantine oral solution 2 mg/ml	QL (300 per 30 days)
memantine oral tablet 10 mg, 5 mg	QL (60 per 30 days)
rivastigmine tartrate oral capsule 1.5 mg, 3 mg, 4.5 mg, 6 mg	
rivastigmine transdermal patch 24 hour 13.3 mg/24 hour, 4.6 mg/24 hour, 9.5 mg/24 hour (Exelon Patch)	QL (30 per 30 days)
Agentes Antidiabetico	
Agentes Antidiabeticos, Varios	
acarbose oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg (Precose)	
FARXIGA ORAL TABLET 10 MG, 5 MG (dapagliflozin propanediol)	QL (30 per 30 days)
GLYXAMBI ORAL TABLET 10-5 MG, 25-5 MG	QL (30 per 30 days)

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento

06/01/2025

Nombre del Medicamento	Requerimientos/ Límites
JANUMET ORAL TABLET 50-1,000 MG, 50-500 MG	QL (60 per 30 days)
JANUMET XR ORAL TABLET, ER MULTIPHASE 24 HR 100-1,000 MG	QL (30 per 30 days)
JANUMET XR ORAL TABLET, ER MULTIPHASE 24 HR 50-1,000 MG, 50-500 MG	QL (60 per 30 days)
JANUVIA ORAL TABLET 100 MG, 25 MG, 50 MG	QL (30 per 30 days)
JARDIANCE ORAL TABLET 10 MG, 25 MG	QL (30 per 30 days)
JENTADUETO ORAL TABLET 2.5-1,000 MG, 2.5-500 MG, 2.5-850 MG	QL (60 per 30 days)
JENTADUETO XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 2.5-1,000 MG	QL (60 per 30 days)
JENTADUETO XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 5-1,000 MG	QL (30 per 30 days)
<i>metformin oral solution 500 mg/5 ml</i> (Riomet)	QL (765 per 30 days)
<i>metformin oral tablet 1,000 mg</i>	QL (75 per 30 days)
<i>metformin oral tablet 500 mg</i>	QL (150 per 30 days)
<i>metformin oral tablet 750 mg</i>	QL (60 per 30 days)
<i>metformin oral tablet 850 mg</i>	QL (90 per 30 days)
<i>metformin oral tablet extended release 24 hr 500 mg</i>	QL (120 per 30 days)
<i>metformin oral tablet extended release 24 hr 750 mg</i>	QL (60 per 30 days)
<i>mifepristone oral tablet 300 mg</i> (Korlym)	PA; NM; QL (112 per 28 days)
MOUNJARO SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 10 MG/0.5 ML, 12.5 MG/0.5 ML, 15 MG/0.5 ML, 2.5 MG/0.5 ML, 5 MG/0.5 ML, 7.5 MG/0.5 ML	PA; QL (2 per 28 days)
<i>nateglinide oral tablet 120 mg, 60 mg</i>	QL (90 per 30 days)

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento

06/01/2025

Nombre del Medicamento	Requerimientos/ Límites
OZEMPIC SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 0.25 MG OR 0.5 MG (2 MG/3 ML), 0.25 MG OR 0.5 MG(2 MG/1.5 ML), 1 MG/DOSE (2 MG/1.5 ML), 1 MG/DOSE (4 MG/3 ML), 2 MG/DOSE (8 MG/3 ML)	PA; QL (3 per 28 days)
<i>pioglitazone oral tablet 15 mg, 30 mg, 45 mg</i> (Actos)	QL (30 per 30 days)
<i>pioglitazone-metformin oral tablet 15-500 mg</i>	QL (90 per 30 days)
<i>pioglitazone-metformin oral tablet 15-850 mg</i> (Actoplus MET)	QL (90 per 30 days)
<i>repaglinide oral tablet 0.5 mg, 1 mg</i>	QL (120 per 30 days)
<i>repaglinide oral tablet 2 mg</i>	QL (240 per 30 days)
RYBELSUS ORAL TABLET 1.5 MG, 14 MG, 3 MG, 4 MG, 7 MG, 9 MG	PA; QL (30 per 30 days)
SYNJARDY ORAL TABLET 12.5-1,000 MG, 12.5-500 MG, 5-1,000 MG, 5-500 MG	QL (60 per 30 days)
SYNJARDY XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 10-1,000 MG, 25-1,000 MG	QL (30 per 30 days)
SYNJARDY XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 12.5-1,000 MG, 5-1,000 MG	QL (60 per 30 days)
TRADJENTA ORAL TABLET 5 MG	QL (30 per 30 days)
TRIJARDY XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 10-5-1,000 MG, 25-5-1,000 MG	QL (30 per 30 days)
TRIJARDY XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 12.5-2.5-1,000 MG, 5-2.5-1,000 MG	QL (60 per 30 days)
TRULICITY SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 0.75 MG/0.5 ML, 1.5 MG/0.5 ML, 3 MG/0.5 ML, 4.5 MG/0.5 ML	PA; QL (2 per 28 days)

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento

06/01/2025

Nombre del Medicamento		Requerimientos/ Límites
XIGDUO XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 10-1,000 MG	(dapaglifloz propaned-metformin)	QL (30 per 30 days)
XIGDUO XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 10-500 MG		QL (30 per 30 days)
XIGDUO XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 2.5-1,000 MG, 5-500 MG		QL (60 per 30 days)
XIGDUO XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 5-1,000 MG	(dapaglifloz propaned-metformin)	QL (60 per 30 days)
Insulinas		
FIASP FLEXTOUCH U-100 INSULIN SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT/ML (3 ML)		max \$35 copay per month supply; QL (30 per 28 days)
FIASP PENFILL U-100 INSULIN SUBCUTANEOUS CARTRIDGE 100 UNIT/ML (3 ML)		max \$35 copay per month supply; QL (30 per 28 days)
FIASP U-100 INSULIN SUBCUTANEOUS SOLUTION 100 UNIT/ML		max \$35 copay per month supply; QL (40 per 28 days)
HUMULIN R U-500 (CONC) INSULIN SUBCUTANEOUS SOLUTION 500 UNIT/ML		max \$35 copay per month supply; QL (40 per 28 days)
HUMULIN R U-500 (CONC) KWIKPEN SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 500 UNIT/ML (3 ML)		max \$35 copay per month supply; QL (24 per 28 days)
<i>insulin asp prt-insulin aspart subcutaneous insulin pen 100 unit/ml (70-30)</i>	(Novolog Mix 70-30FlexPen U-100)	max \$35 copay per month supply; QL (30 per 28 days)
<i>insulin asp prt-insulin aspart subcutaneous solution 100 unit/ml (70-30)</i>	(Novolog Mix 70-30 U-100 Insulin)	max \$35 copay per month supply; QL (40 per 28 days)
<i>insulin aspart u-100 subcutaneous cartridge 100 unit/ml</i>	(Novolog PenFill U-100 Insulin)	max \$35 copay per month supply; QL (30 per 28 days)
<i>insulin aspart u-100 subcutaneous insulin pen 100 unit/ml (3 ml)</i>	(Novolog FlexPen U-100 Insulin)	max \$35 copay per month supply; QL (30 per 28 days)
<i>insulin aspart u-100 subcutaneous solution 100 unit/ml</i>	(Novolog U-100 Insulin aspart)	max \$35 copay per month supply; QL (40 per 28 days)

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento

06/01/2025

Nombre del Medicamento	Requerimientos/ Límites
LANTUS SOLOSTAR U-100 INSULIN SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 (insulin glargine) UNIT/ML (3 ML)	max \$35 copay per month supply
LANTUS U-100 INSULIN SUBCUTANEOUS SOLUTION 100 (insulin glargine) UNIT/ML	max \$35 copay per month supply
NOVOLIN 70/30 U-100 INSULIN SUBCUTANEOUS SUSPENSION 100 UNIT/ML (70-30)	max \$35 copay per month supply; QL (40 per 28 days)
NOVOLIN 70-30 FLEXPEN U-100 SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT/ML (70-30)	max \$35 copay per month supply; QL (30 per 28 days)
NOVOLIN N FLEXPEN SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT/ML (3 ML)	max \$35 copay per month supply; QL (30 per 28 days)
NOVOLIN N NPH U-100 INSULIN SUBCUTANEOUS SUSPENSION 100 UNIT/ML	max \$35 copay per month supply; QL (40 per 28 days)
NOVOLIN R FLEXPEN SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT/ML (3 ML)	max \$35 copay per month supply; QL (30 per 28 days)
NOVOLIN R REGULAR U100 INSULIN INJECTION SOLUTION 100 UNIT/ML	max \$35 copay per month supply; QL (40 per 28 days)
SEMGLEE(INSULIN GLARGINE- YFGN) SUBCUTANEOUS SOLUTION (insulin glargine-yfgn) 100 UNIT/ML	max \$35 copay per month supply
SEMGLEE(INSULIN GLARG- YFGN)PEN SUBCUTANEOUS (insulin glargine-yfgn) INSULIN PEN 100 UNIT/ML (3 ML)	max \$35 copay per month supply
SOLIQUA 100/33 SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT-33 MCG/ML	max \$35 copay per month supply; QL (30 per 30 days)
TOUJEO MAX U-300 SOLOSTAR SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 300 (insulin glargine u-300 UNIT/ML (3 ML) conc)	max \$35 copay per month supply

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento

06/01/2025

Nombre del Medicamento		Requerimientos/ Límites
TOUJEO SOLOSTAR U-300 INSULIN SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 300 UNIT/ML (1.5 ML)	(insulin glargine u-300 conc)	max \$35 copay per month supply
TRESIBA FLEXTOUCH U-100 SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT/ML (3 ML)	(insulin degludec)	max \$35 copay per month supply
TRESIBA FLEXTOUCH U-200 SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 200 UNIT/ML (3 ML)	(insulin degludec)	max \$35 copay per month supply
TRESIBA U-100 INSULIN SUBCUTANEOUS SOLUTION 100 UNIT/ML	(insulin degludec)	max \$35 copay per month supply
XULTOPHY 100/3.6 SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT-3.6 MG /ML (3 ML)		max \$35 copay per month supply; QL (15 per 28 days)
Sulfonilureas		
<i>glimepiride oral tablet 1 mg, 2 mg</i>		QL (30 per 30 days)
<i>glimepiride oral tablet 4 mg</i>		QL (60 per 30 days)
<i>glipizide oral tablet 10 mg</i>		QL (120 per 30 days)
<i>glipizide oral tablet 2.5 mg</i>		QL (60 per 30 days)
<i>glipizide oral tablet 5 mg</i>		QL (240 per 30 days)
<i>glipizide oral tablet extended release 24hr 10 mg</i>	(Glucotrol XL)	QL (60 per 30 days)
<i>glipizide oral tablet extended release 24hr 2.5 mg, 5 mg</i>		QL (30 per 30 days)
<i>glipizide-metformin oral tablet 2.5-250 mg</i>		QL (240 per 30 days)
<i>glipizide-metformin oral tablet 2.5-500 mg, 5-500 mg</i>		QL (120 per 30 days)
<i>glyburide micronized oral tablet 1.5 mg, 3 mg, 6 mg</i>		PA-HRM; AGE (Max 64 Years)
<i>glyburide oral tablet 1.25 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>		PA-HRM; AGE (Max 64 Years)
<i>glyburide-metformin oral tablet 1.25-250 mg, 2.5-500 mg, 5-500 mg</i>		PA-HRM; AGE (Max 64 Years)
Agentes Antigota		

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento

06/01/2025

Nombre del Medicamento	Requerimientos/ Límites
Agentes Antigota, Otros	
<i>allopurinol oral tablet 100 mg</i> (Zyloprim)	
<i>allopurinol oral tablet 300 mg</i>	
<i>colchicine oral capsule 0.6 mg</i> (Mitigare)	QL (60 per 30 days)
<i>colchicine oral tablet 0.6 mg</i> (Colcrys)	QL (120 per 30 days)
<i>febuxostat oral tablet 40 mg, 80 mg</i> (Uloric)	ST; QL (30 per 30 days)
<i>probenecid oral tablet 500 mg</i>	
<i>probenecid-colchicine oral tablet 500-0.5 mg</i>	
Agentes Antimigraña	
Agentes Antimigraña	
AIMOVIG AUTOINJECTOR SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 140 MG/ML, 70 MG/ML	PA; QL (1 per 30 days)
AJOVY AUTOINJECTOR SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 225 MG/1.5 ML	PA; QL (1.5 per 30 days)
AJOVY SYRINGE SUBCUTANEOUS SYRINGE 225 MG/1.5 ML	PA; QL (1.5 per 30 days)
<i>dihydroergotamine nasal spray, non-aerosol 0.5 mg/pump act. (4 mg/ml)</i> (Migranal)	ST; NM; QL (8 per 28 days)
EMGALITY PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 120 MG/ML	PA; QL (2 per 30 days)
EMGALITY SYRINGE SUBCUTANEOUS SYRINGE 120 MG/ML	PA; QL (2 per 30 days)
EMGALITY SYRINGE SUBCUTANEOUS SYRINGE 300 MG/3 ML (100 MG/ML X 3)	PA; QL (3 per 30 days)
<i>naratriptan oral tablet 1 mg, 2.5 mg</i>	QL (9 per 30 days)
NURTEC ODT ORAL TABLET, DISINTEGRATING 75 MG	PA; QL (18 per 30 days)
QULIPTA ORAL TABLET 10 MG, 30 MG, 60 MG	PA; QL (30 per 30 days)
<i>rizatriptan oral tablet 10 mg</i> (Maxalt)	QL (18 per 30 days)

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento

06/01/2025

Nombre del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>rizatriptan oral tablet 5 mg</i>	QL (18 per 30 days)
<i>rizatriptan oral tablet,disintegrating 10 mg</i> (Maxalt-MLT)	QL (18 per 30 days)
<i>rizatriptan oral tablet,disintegrating 5 mg</i>	QL (18 per 30 days)
<i>sumatriptan nasal spray,non-aerosol 20 mg/actuation, 5 mg/actuation</i>	QL (12 per 30 days)
<i>sumatriptan succinate oral tablet 100 mg</i> (Imitrex)	QL (9 per 30 days)
<i>sumatriptan succinate oral tablet 25 mg, 50 mg</i> (Imitrex)	QL (18 per 30 days)
<i>sumatriptan succinate subcutaneous cartridge 6 mg/0.5 ml</i> (Imitrex STATdose Refill)	QL (4 per 28 days)
<i>sumatriptan succinate subcutaneous pen injector 4 mg/0.5 ml, 6 mg/0.5 ml</i> (Imitrex STATdose Pen)	QL (4 per 28 days)
<i>sumatriptan succinate subcutaneous solution 6 mg/0.5 ml</i>	QL (5 per 28 days)
UBRELVY ORAL TABLET 100 MG, 50 MG	PA; QL (16 per 30 days)
Agentes Antinausea	
Agentes Antinausea	
<i>aprepitant oral capsule 125 mg</i>	PA BvD; QL (2 per 28 days)
<i>aprepitant oral capsule 40 mg</i>	PA BvD; QL (1 per 28 days)
<i>aprepitant oral capsule 80 mg</i> (Emend)	PA BvD; QL (4 per 28 days)
<i>aprepitant oral capsule,dose pack 125 mg (1)- 80 mg (2)</i> (Emend)	PA BvD
<i>compro rectal suppository 25 mg</i> (prochlorperazine)	
<i>dronabinol oral capsule 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i> (Marinol)	PA; QL (60 per 30 days)
<i>meclizine oral tablet 12.5 mg</i>	
<i>meclizine oral tablet 25 mg</i> (Dramamine (meclizine))	
<i>ondansetron hcl oral tablet 4 mg, 8 mg</i>	PA BvD
<i>ondansetron oral tablet,disintegrating 4 mg, 8 mg</i>	PA BvD
<i>prochlorperazine edisylate injection solution 10 mg/2 ml (5 mg/ml)</i>	

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento

06/01/2025

Nombre del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>prochlorperazine maleate oral tablet 10 mg, 5 mg</i> (Compazine)	
<i>prochlorperazine rectal suppository 25 mg</i> (Compro)	
<i>promethazine injection solution 25 mg/ml</i> (Phenergan)	PA-HRM; AGE (Max 64 Years)
<i>promethazine oral tablet 12.5 mg, 25 mg, 50 mg</i>	PA-HRM; AGE (Max 64 Years)
<i>promethazine rectal suppository 25 mg</i> (Promethegan)	PA-HRM; AGE (Max 64 Years)
<i>promethegan rectal suppository 12.5 mg, 25 mg</i> (promethazine)	PA-HRM; AGE (Max 64 Years)
<i>scopolamine base transdermal patch 3 day 1 mg over 3 days</i> (Transderm-Scop)	PA-HRM; QL (10 per 30 days); AGE (Max 64 Years)
Agentes Antiparasitarios	
Agentes Antiparasitarios	
<i>albendazole oral tablet 200 mg</i>	NM
<i>atovaquone oral suspension 750 mg/5 ml</i> (Mepro) (Malarone)	
<i>atovaquone-proguanil oral tablet 250-100 mg</i> (Malarone Pediatric)	
<i>atovaquone-proguanil oral tablet 62.5-25 mg</i>	
<i>chloroquine phosphate oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	
COARTEM ORAL TABLET 20-120 MG	
<i>hydroxychloroquine oral tablet 100 mg</i>	QL (180 per 30 days)
<i>hydroxychloroquine oral tablet 200 mg</i> (Plaquenil)	QL (90 per 30 days)
<i>hydroxychloroquine oral tablet 300 mg</i> (Sovuna)	QL (60 per 30 days)
<i>hydroxychloroquine oral tablet 400 mg</i>	QL (60 per 30 days)
IMPAVIDO ORAL CAPSULE 50 MG	PA; NM; QL (84 per 28 days)
<i>ivermectin oral tablet 3 mg</i> (Stromectol)	
<i>ivermectin oral tablet 6 mg</i>	
<i>mefloquine oral tablet 250 mg</i>	
<i>nitazoxanide oral tablet 500 mg</i> (Alinia)	NM; QL (60 per 30 days)
<i>paromomycin oral capsule 250 mg</i> (Humatin)	
<i>pentamidine inhalation recon soln 300 mg</i> (Nebupent)	PA BvD
<i>pentamidine injection recon soln 300 mg</i> (Pentam)	

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento

06/01/2025

Nombre del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>praziquantel oral tablet 600 mg</i> (Biltricide)	
PRIMAQUINE ORAL TABLET 26.3 MG (15 MG BASE)	
<i>pyrimethamine oral tablet 25 mg</i> (Daraprim)	PA; NM
<i>quinine sulfate oral capsule 324 mg</i> (Qualaquin)	PA
<i>tinidazole oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	
Agentes Antiparkinson	
Agentes Antiparkinson	
<i>amantadine hcl oral capsule 100 mg</i>	
<i>amantadine hcl oral solution 50 mg/5 ml</i>	
<i>amantadine hcl oral tablet 100 mg</i>	
<i>benztropine oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	
<i>bromocriptine oral tablet 2.5 mg</i>	
<i>cabergoline oral tablet 0.5 mg</i>	
<i>carbidopa-levodopa oral tablet 10-100 mg</i> (Sinemet)	
<i>carbidopa-levodopa oral tablet 25-100 mg</i> (Dhivy)	
<i>carbidopa-levodopa oral tablet 25-250 mg</i>	
<i>carbidopa-levodopa oral tablet extended release 25-100 mg, 50-200 mg</i>	
<i>carbidopa-levodopa oral tablet, disintegrating 10-100 mg, 25-100 mg, 25-250 mg</i>	
<i>entacapone oral tablet 200 mg</i>	
KYNMOBI SUBLINGUAL FILM 10 MG, 15 MG, 20 MG, 25 MG, 30 MG	PA; NM; QL (150 per 30 days)
KYNMOBI SUBLINGUAL FILM 10-15-20-25-30 MG	PA; NM
ONAPGO SUBCUTANEOUS CARTRIDGE 4.9 MG/ ML	PA; NM; QL (30 per 30 days)
<i>pramipexole oral tablet 0.125 mg, 0.25 mg, 0.5 mg, 0.75 mg, 1 mg, 1.5 mg</i>	
<i>rasagiline oral tablet 0.5 mg, 1 mg</i> (Azilect)	
<i>ropinirole oral tablet 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg, 5 mg</i>	

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento

06/01/2025

Nombre del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>ropinirole oral tablet extended release 24 hr 2 mg, 4 mg</i>	
<i>selegiline hcl oral capsule 5 mg</i>	
<i>selegiline hcl oral tablet 5 mg</i>	
<i>trihexyphenidyl oral tablet 2 mg, 5 mg</i>	
VYALEV CONTIN. SUBCUTANEOUS INFUSION SOLUTION 12-240 MG/ML	PA; NM; QL (560 per 28 days)
Agentes Antipsicóticos	
Agentes Antipsicóticos	
ABILIFY ASIMTUFII INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 720 MG/2.4 ML	NM; QL (2.4 per 42 days)
ABILIFY ASIMTUFII INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 960 MG/3.2 ML	NM; QL (3.2 per 42 days)
ABILIFY MAINTENA INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED REL RECON 300 MG, 400 MG	NM; QL (1 per 26 days)
ABILIFY MAINTENA INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 300 MG, 400 MG	NM; QL (1 per 26 days)
<i>aripiprazole oral solution 1 mg/ml</i>	
<i>aripiprazole oral tablet 10 mg, 15 mg, 2 mg, 20 mg, 30 mg, 5 mg</i> (Abilify)	
<i>aripiprazole oral tablet,disintegrating 10 mg</i>	ST; QL (90 per 30 days)
<i>aripiprazole oral tablet,disintegrating 15 mg</i>	ST; QL (60 per 30 days)
ARISTADA INITIO INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 675 MG/2.4 ML	NM; QL (4.8 per 365 days)

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento

06/01/2025

Nombre del Medicamento	Requerimientos/ Límites
ARISTADA INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 1,064 MG/3.9 ML	NM; QL (3.9 per 14 days)
ARISTADA INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 441 MG/1.6 ML	NM; QL (1.6 per 14 days)
ARISTADA INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 662 MG/2.4 ML	NM; QL (2.4 per 14 days)
ARISTADA INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 882 MG/3.2 ML	NM; QL (3.2 per 14 days)
<i>asenapine maleate sublingual tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i> (Saphris)	QL (60 per 30 days)
CAPLYTA ORAL CAPSULE 10.5 MG, 21 MG, 42 MG	ST; NM; QL (30 per 30 days)
<i>chlorpromazine injection solution 25 mg/ml</i>	
<i>chlorpromazine oral concentrate 100 mg/ml, 30 mg/ml</i>	
<i>chlorpromazine oral tablet 10 mg, 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg</i>	
<i>clozapine oral tablet 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg</i> (Clozaril)	
<i>clozapine oral tablet,disintegrating 100 mg, 12.5 mg, 25 mg</i>	ST; QL (90 per 30 days)
<i>clozapine oral tablet,disintegrating 150 mg</i>	ST; QL (180 per 30 days)
<i>clozapine oral tablet,disintegrating 200 mg</i>	ST; QL (120 per 30 days)
COBENFY ORAL CAPSULE 100-20 MG, 125-30 MG, 50-20 MG	ST; NM; QL (60 per 30 days)
COBENFY STARTER PACK ORAL CAPSULE,DOSE PACK 50 MG-20 MG /100 MG-20 MG	ST; NM

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento

06/01/2025

Nombre del Medicamento	Requerimientos/ Límites
ERZOFRI INTRAMUSCULAR SYRINGE 117 MG/0.75 ML	NM; QL (0.75 per 21 days)
ERZOFRI INTRAMUSCULAR SYRINGE 156 MG/ML	NM; QL (1 per 21 days)
ERZOFRI INTRAMUSCULAR SYRINGE 234 MG/1.5 ML	NM; QL (1.5 per 21 days)
ERZOFRI INTRAMUSCULAR SYRINGE 351 MG/2.25 ML	NM; QL (2.25 per 21 days)
ERZOFRI INTRAMUSCULAR SYRINGE 39 MG/0.25 ML	NM; QL (0.25 per 21 days)
ERZOFRI INTRAMUSCULAR SYRINGE 78 MG/0.5 ML	NM; QL (0.5 per 21 days)
FANAPT ORAL TABLET 1 MG, 10 MG, 12 MG, 2 MG, 4 MG, 6 MG, 8 MG	ST; NM; QL (60 per 30 days)
FANAPT ORAL TABLETS,DOSE PACK 1MG(2)-2MG(2)- 4MG(2)- 6MG(2)	ST
<i>fluphenazine decanoate injection solution 25 mg/ml</i>	
<i>fluphenazine hcl injection solution 2.5 mg/ml</i>	
<i>fluphenazine hcl oral concentrate 5 mg/ml</i>	
<i>fluphenazine hcl oral elixir 2.5 mg/5 ml</i>	
<i>fluphenazine hcl oral tablet 1 mg, 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	
<i>haloperidol decanoate intramuscular solution 100 mg/ml (1 ml), 50 mg/ml(1ml)</i>	
<i>haloperidol decanoate intramuscular solution 100 mg/ml, 50 mg/ml</i> (Haldol Decanoate)	
<i>haloperidol lactate injection solution 5 mg/ml</i>	
<i>haloperidol lactate intramuscular syringe 5 mg/ml</i>	
<i>haloperidol lactate oral concentrate 2 mg/ml</i>	

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento

06/01/2025

Nombre del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>haloperidol oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 10 mg, 2 mg, 20 mg, 5 mg</i>	
INVEGA HAFYERA INTRAMUSCULAR SYRINGE 1,092 MG/3.5 ML	NM; QL (3.5 per 166 days)
INVEGA HAFYERA INTRAMUSCULAR SYRINGE 1,560 MG/5 ML	NM; QL (5 per 166 days)
INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SYRINGE 117 MG/0.75 ML	NM; QL (0.75 per 21 days)
INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SYRINGE 156 MG/ML	NM; QL (1 per 21 days)
INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SYRINGE 234 MG/1.5 ML	NM; QL (1.5 per 21 days)
INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SYRINGE 39 MG/0.25 ML	QL (0.25 per 21 days)
INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SYRINGE 78 MG/0.5 ML	NM; QL (0.5 per 21 days)
INVEGA TRINZA INTRAMUSCULAR SYRINGE 273 MG/0.88 ML	NM; QL (0.88 per 70 days)
INVEGA TRINZA INTRAMUSCULAR SYRINGE 410 MG/1.32 ML	NM; QL (1.32 per 70 days)
INVEGA TRINZA INTRAMUSCULAR SYRINGE 546 MG/1.75 ML	NM; QL (1.75 per 70 days)
INVEGA TRINZA INTRAMUSCULAR SYRINGE 819 MG/2.63 ML	NM; QL (2.63 per 70 days)
<i>loxapine succinate oral capsule 10 mg, 25 mg, 5 mg, 50 mg</i>	
<i>lurasidone oral tablet 120 mg, 20 mg, 40 mg, 60 mg</i> (Latuda)	QL (30 per 30 days)
<i>lurasidone oral tablet 80 mg</i> (Latuda)	QL (60 per 30 days)

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento

06/01/2025

Nombre del Medicamento	Requerimientos/ Límites
LYBALVI ORAL TABLET 10-10 MG, 15-10 MG, 20-10 MG, 5-10 MG	PA NSO; NM; QL (30 per 30 days)
<i>molindone oral tablet 10 mg</i>	QL (240 per 30 days)
<i>molindone oral tablet 25 mg</i>	QL (270 per 30 days)
<i>molindone oral tablet 5 mg</i>	NM; QL (120 per 30 days)
NUPLAZID ORAL CAPSULE 34 MG	PA NSO; NM; QL (30 per 30 days)
NUPLAZID ORAL TABLET 10 MG	PA NSO; NM; QL (30 per 30 days)
<i>olanzapine intramuscular recon soln 10 mg</i>	QL (30 per 30 days)
<i>olanzapine oral tablet 10 mg, 15 mg, 2.5 mg, 5 mg, 7.5 mg</i>	
<i>olanzapine oral tablet 20 mg</i> (Zyprexa)	
<i>olanzapine oral tablet,disintegrating 10 mg, 15 mg, 20 mg, 5 mg</i>	
OPIPZA ORAL FILM 10 MG, 2 MG, 5 MG	ST; NM
<i>paliperidone oral tablet extended release 24hr 1.5 mg</i>	QL (30 per 30 days)
<i>paliperidone oral tablet extended release 24hr 3 mg, 9 mg</i> (Invega)	QL (30 per 30 days)
<i>paliperidone oral tablet extended release 24hr 6 mg</i> (Invega)	QL (60 per 30 days)
<i>perphenazine oral tablet 16 mg, 2 mg, 4 mg, 8 mg</i>	
PERSERIS SUBCUTANEOUS SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 120 MG, 90 MG	NM; QL (1 per 30 days)
<i>pimozide oral tablet 1 mg, 2 mg</i>	
<i>prochlorperazine 10 mg/2 ml vial outer 10 mg/2 ml (5 mg/ml)</i>	
<i>quetiapine oral tablet 100 mg, 200 mg, 25 mg, 300 mg, 400 mg, 50 mg</i> (Seroquel)	
<i>quetiapine oral tablet 150 mg</i>	QL (30 per 30 days)

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento

06/01/2025

Nombre del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>quetiapine oral tablet extended release 24 hr 150 mg, 200 mg, 300 mg, 400 mg, 50 mg</i> (Seroquel XR)	
REXULTI ORAL TABLET 0.25 MG, 0.5 MG, 1 MG, 2 MG, 3 MG, 4 MG	NM; QL (30 per 30 days)
<i>risperidone microspheres intramuscular suspension,extended rel recon 12.5 mg/2 ml</i> (Risperdal Consta)	QL (2 per 28 days)
<i>risperidone microspheres intramuscular suspension,extended rel recon 25 mg/2 ml</i> (Rykindo)	QL (2 per 28 days)
<i>risperidone microspheres intramuscular suspension,extended rel recon 37.5 mg/2 ml, 50 mg/2 ml</i> (Rykindo)	NM; QL (2 per 28 days)
<i>risperidone oral solution 1 mg/ml</i> (Risperdal)	
<i>risperidone oral tablet 0.25 mg</i>	
<i>risperidone oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg</i> (Risperdal)	
<i>risperidone oral tablet,disintegrating 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg</i>	
RYKINDO INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED REL RECON 25 MG/2 ML, 37.5 MG/2 ML, 50 MG/2 ML (risperidone microspheres)	NM; QL (2 per 28 days)
SECUADO TRANSDERMAL PATCH 24 HOUR 3.8 MG/24 HOUR, 5.7 MG/24 HOUR, 7.6 MG/24 HOUR	ST; NM; QL (30 per 30 days)
<i>thioridazine oral tablet 10 mg, 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	
<i>thiothixene oral capsule 1 mg, 10 mg, 2 mg, 5 mg</i>	
<i>trifluoperazine oral tablet 1 mg, 10 mg, 2 mg, 5 mg</i>	
UZEDY SUBCUTANEOUS SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 100 MG/0.28 ML	NM; QL (0.28 per 28 days)

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento

06/01/2025

Nombre del Medicamento	Requerimientos/ Límites
UZEDY SUBCUTANEOUS SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 125 MG/0.35 ML	NM; QL (0.35 per 28 days)
UZEDY SUBCUTANEOUS SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 150 MG/0.42 ML	NM; QL (0.42 per 56 days)
UZEDY SUBCUTANEOUS SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 200 MG/0.56 ML	NM; QL (0.56 per 56 days)
UZEDY SUBCUTANEOUS SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 250 MG/0.7 ML	NM; QL (0.7 per 56 days)
UZEDY SUBCUTANEOUS SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 50 MG/0.14 ML	NM; QL (0.14 per 28 days)
UZEDY SUBCUTANEOUS SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 75 MG/0.21 ML	NM; QL (0.21 per 28 days)
VERSACLOZ ORAL SUSPENSION 50 MG/ML	ST; NM; QL (540 per 30 days)
VRAYLAR ORAL CAPSULE 1.5 MG, 3 MG, 4.5 MG, 6 MG	ST; NM; QL (30 per 30 days)
VRAYLAR ORAL CAPSULE,DOSE PACK 1.5 MG (1)- 3 MG (6)	ST
<i>ziprasidone hcl oral capsule 20 mg, 40 mg, 60 mg, 80 mg</i> (Geodon)	
<i>ziprasidone mesylate intramuscular recon soln 20 mg/ml (final conc.)</i> (Geodon)	QL (6 per 28 days)
ZYPREXA RELPREVV INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 210 MG	QL (2 per 28 days)
ZYPREXA RELPREVV INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 300 MG	NM; QL (2 per 28 days)

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento

06/01/2025

Nombre del Medicamento	Requerimientos/ Límites
ZYPREXA RELPREVV INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 405 MG	NM; QL (1 per 28 days)
Agentes Calóricos	
Agentes Calóricos	
CLINIMIX 6%-D5W (SULFITE-FREE) INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 6-5 %	PA BvD
CLINIMIX 8%-D10W(SULFITE-FREE) INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 8-10 %	PA BvD
CLINIMIX 8%-D14W(SULFITE-FREE) INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 8-14 %	PA BvD
CLINIMIX E 8%-D10W SULFITEFREE INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 8-10 %	PA BvD
CLINIMIX E 8%-D14W SULFITEFREE INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 8-14 %	PA BvD
<i>dextrose 5 % in water (d5w) intravenous parenteral solution</i>	
PROCALAMINE 3% INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 3 %	PA BvD
Agentes Cardiovasculares	
Agentes Alfa-Adrenérgicos	
<i>clonidine hcl oral tablet 0.1 mg, 0.2 mg, 0.3 mg</i>	
<i>clonidine transdermal patch weekly 0.1 mg/24 hr</i> (Catapres-TTS-1)	
<i>clonidine transdermal patch weekly 0.2 mg/24 hr</i> (Catapres-TTS-2)	
<i>clonidine transdermal patch weekly 0.3 mg/24 hr</i> (Catapres-TTS-3)	

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento

06/01/2025

Nombre del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>doxazosin oral tablet 1 mg, 2 mg, 4 mg, 8 mg</i> (Cardura)	
<i>droxidopa oral capsule 100 mg, 200 mg, 300 mg</i> (Northera)	PA; NM; QL (180 per 30 days)
<i>guanfacine oral tablet 1 mg, 2 mg</i>	
<i>midodrine oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	
<i>prazosin oral capsule 1 mg, 2 mg, 5 mg</i>	
Agentes Antiarrítmicos	
<i>amiodarone oral tablet 100 mg, 200 mg, 400 mg</i> (Pacerone)	
<i>dofetilide oral capsule 125 mcg, 250 mcg, 500 mcg</i> (Tikosyn)	
<i>flecainide oral tablet 100 mg, 150 mg, 50 mg</i>	
MULTAQ ORAL TABLET 400 MG	
<i>pacerone oral tablet 100 mg, 200 mg, 400 mg</i> (amiodarone)	
<i>propafenone oral capsule, extended release 12 hr 225 mg, 325 mg, 425 mg</i>	
<i>propafenone oral tablet 150 mg, 225 mg, 300 mg</i>	
<i>quinidine sulfate oral tablet 200 mg, 300 mg</i>	
Agentes Bloqueadores Beta-Adrenérgicos	
<i>acebutolol oral capsule 200 mg, 400 mg</i>	
<i>atenolol oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i> (Tenormin)	
<i>atenolol-chlorthalidone oral tablet 100-25 mg</i> (Tenoretic 100)	
<i>atenolol-chlorthalidone oral tablet 50-25 mg</i> (Tenoretic 50)	
<i>bisoprolol fumarate oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	
<i>bisoprolol-hydrochlorothiazide oral tablet 10-6.25 mg, 2.5-6.25 mg, 5-6.25 mg</i>	

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento

06/01/2025

Nombre del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>carvedilol oral tablet 12.5 mg, 25 mg, 3.125 mg, 6.25 mg</i> (Coreg)	
<i>labetalol oral tablet 100 mg, 200 mg, 300 mg</i>	
<i>metoprolol succinate oral tablet extended release 24 hr 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg</i> (Toprol XL)	
<i>metoprolol tartrate oral tablet 100 mg, 50 mg</i> (Lopressor)	
<i>metoprolol tartrate oral tablet 25 mg</i>	
<i>nebivolol oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 20 mg, 5 mg</i> (Bystolic)	
<i>propranolol oral capsule, extended release 24 hr 120 mg, 160 mg, 60 mg, 80 mg</i> (Inderal LA)	
<i>propranolol oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 60 mg, 80 mg</i>	
<i>sorine oral tablet 120 mg, 160 mg, 240 mg, 80 mg</i> (sotalol)	
<i>sotalol af oral tablet 120 mg, 160 mg, 80 mg</i> (sotalol)	
<i>sotalol oral tablet 120 mg, 160 mg, 80 mg</i> (Sotalol AF)	
<i>sotalol oral tablet 240 mg</i> (Betapace)	
<i>timolol maleate oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg</i>	
Agentes Bloqueadores Da Canal De Calcio	
<i>cartia xt oral capsule, extended release 24hr 120 mg, 180 mg, 240 mg, 300 mg</i> (diltiazem hcl)	
<i>diltiazem 24hr er 360 mg cap once-a-day dosage</i> (Tiadylt ER)	
<i>diltiazem 24hr er 420 mg cap</i> (Tiadylt ER)	
<i>diltiazem hcl oral capsule, extended release 12 hr 120 mg, 60 mg, 90 mg</i>	
<i>diltiazem hcl oral capsule, extended release 24 hr 360 mg, 420 mg</i> (Tiadylt ER)	

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento

06/01/2025

Nombre del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>diltiazem hcl oral capsule,extended release 24hr 120 mg, 180 mg, 240 mg, 300 mg</i> (Cartia XT)	
<i>diltiazem hcl oral tablet 120 mg, 30 mg, 60 mg</i> (Cardizem)	
<i>diltiazem hcl oral tablet 90 mg</i>	
<i>dilt-xr oral capsule,ext.rel 24h degradable 120 mg, 180 mg, 240 mg</i> (diltiazem hcl)	
<i>taztia xt oral capsule,extended release 24 hr 120 mg, 180 mg, 240 mg, 300 mg, 360 mg</i> (diltiazem hcl)	
<i>tiadylt er oral capsule,extended release 24 hr 120 mg, 180 mg, 240 mg, 300 mg, 360 mg, 420 mg</i> (diltiazem hcl)	
<i>verapamil oral capsule,ext rel. pellets 24 hr 120 mg, 180 mg, 240 mg, 360 mg</i>	
<i>verapamil oral tablet 120 mg, 40 mg, 80 mg</i>	
<i>verapamil oral tablet extended release 120 mg, 180 mg, 240 mg</i>	
Agentes Cardiovasculares, Varios	
CORLANOR ORAL SOLUTION 5 MG/5 ML	QL (600 per 30 days)
<i>digoxin injection syringe 250 mcg/ml (0.25 mg/ml)</i>	
<i>digoxin oral tablet 125 mcg (0.125 mg), 250 mcg (0.25 mg)</i> (Digitek)	
<i>digoxin oral tablet 62.5 mcg (0.0625 mg)</i> (Lanoxin)	
<i>epinephrine injection auto-injector 0.15 mg/0.15 ml, 0.3 mg/0.3 ml</i> (Auvi-Q)	QL (4 per 30 days)
<i>epinephrine injection auto-injector 0.15 mg/0.3 ml</i> (EpiPen Jr)	QL (4 per 30 days)
<i>hydralazine oral tablet 10 mg, 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	
<i>icatibant subcutaneous syringe 30 mg/3 ml</i> (Firazyr)	PA; NM; QL (18 per 30 days)

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento

06/01/2025

Nombre del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>ivabradine oral tablet 5 mg, 7.5 mg</i> (Corlanor)	QL (60 per 30 days)
<i>metyrosine oral capsule 250 mg</i> (Demser)	NM
<i>ranolazine oral tablet extended release 12 hr 1,000 mg</i>	QL (60 per 30 days)
<i>ranolazine oral tablet extended release 12 hr 500 mg</i>	QL (120 per 30 days)
VERQUVO ORAL TABLET 10 MG, 2.5 MG, 5 MG	PA; QL (30 per 30 days)
Antagonistas De Receptores De Angiotensina Ii	
<i>candesartan oral tablet 16 mg, 32 mg, 4 mg, 8 mg</i> (Atacand)	
<i>candesartan-hydrochlorothiazid oral tablet 16-12.5 mg, 32-12.5 mg, 32-25 mg</i> (Atacand HCT)	
ENTRESTO ORAL TABLET 24-26 MG, 49-51 MG, 97-103 MG (sacubitril-valsartan)	QL (60 per 30 days)
ENTRESTO SPRINKLE ORAL PELLETT 15-16 MG, 6-6 MG	QL (240 per 30 days)
<i>irbesartan oral tablet 150 mg, 300 mg, 75 mg</i> (Avapro)	
<i>irbesartan-hydrochlorothiazide oral tablet 150-12.5 mg, 300-12.5 mg</i> (Avalide)	
<i>losartan oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i> (Cozaar)	
<i>losartan-hydrochlorothiazide oral tablet 100-12.5 mg, 100-25 mg, 50-12.5 mg</i> (Hyzaar)	
<i>olmesartan oral tablet 20 mg, 40 mg, 5 mg</i> (Benicar)	
<i>olmesartan-amlodipin-hctiazid oral tablet 20-5-12.5 mg, 40-10-12.5 mg, 40-10-25 mg, 40-5-12.5 mg, 40-5-25 mg</i> (Tribenzor)	
<i>olmesartan-hydrochlorothiazide oral tablet 20-12.5 mg, 40-12.5 mg, 40-25 mg</i> (Benicar HCT)	
<i>telmisartan oral tablet 20 mg, 40 mg, 80 mg</i> (Micardis)	
<i>telmisartan-hydrochlorothiazid oral tablet 40-12.5 mg, 80-12.5 mg, 80-25 mg</i> (Micardis HCT)	

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento

06/01/2025

Nombre del Medicamento	Requerimientos/ Límites
valsartan oral tablet 160 mg, 320 mg, 40 mg, 80 mg (Diovan)	
valsartan-hydrochlorothiazide oral tablet 160-12.5 mg, 160-25 mg, 320-12.5 mg, 320-25 mg, 80-12.5 mg (Diovan HCT)	
Dihidropiridinas	
amlodipine oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg (Norvasc)	
amlodipine-benazepril oral capsule 10-20 mg, 10-40 mg, 5-10 mg, 5-20 mg (Lotrel)	
amlodipine-benazepril oral capsule 2.5-10 mg, 5-40 mg	
amlodipine-olmesartan oral tablet 10-20 mg, 10-40 mg, 5-20 mg, 5-40 mg (Azor)	
amlodipine-valsartan oral tablet 10-160 mg, 10-320 mg, 5-160 mg, 5-320 mg (Exforge)	
amlodipine-valsartan-hcthiiazid oral tablet 10-160-12.5 mg, 10-160-25 mg, 10-320-25 mg, 5-160-12.5 mg, 5-160-25 mg (Exforge HCT)	
felodipine oral tablet extended release 24 hr 10 mg, 2.5 mg, 5 mg	
nifedipine oral tablet extended release 24hr 30 mg, 60 mg, 90 mg (Procardia XL)	
nifedipine oral tablet extended release 30 mg, 60 mg, 90 mg	
Dislipidémicos	
amlodipine-atorvastatin oral tablet 10-10 mg, 5-10 mg (Caduet)	
amlodipine-atorvastatin oral tablet 10-20 mg, 10-40 mg, 10-80 mg, 5-20 mg, 5-40 mg, 5-80 mg (Caduet)	QL (30 per 30 days)
amlodipine-atorvastatin oral tablet 2.5-10 mg, 2.5-20 mg, 2.5-40 mg	
atorvastatin oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 80 mg (Lipitor)	QL (30 per 30 days)

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento

06/01/2025

Nombre del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>cholestyramine (with sugar) oral powder in packet 4 gram</i> (Questran)	
<i>cholestyramine light oral powder in packet 4 gram</i>	
<i>colesevelam oral powder in packet 3.75 gram</i> (WelChol)	
<i>colesevelam oral tablet 625 mg</i> (WelChol)	
<i>colestipol oral packet 5 gram</i>	
<i>colestipol oral tablet 1 gram</i> (Colestid)	
<i>ezetimibe oral tablet 10 mg</i> (Zetia)	QL (30 per 30 days)
<i>ezetimibe-simvastatin oral tablet 10-10 mg</i> (Vytorin 10-10)	QL (30 per 30 days)
<i>ezetimibe-simvastatin oral tablet 10-20 mg</i> (Vytorin 10-20)	QL (30 per 30 days)
<i>ezetimibe-simvastatin oral tablet 10-40 mg</i> (Vytorin 10-40)	QL (30 per 30 days)
<i>ezetimibe-simvastatin oral tablet 10-80 mg</i> (Vytorin 10-80)	QL (30 per 30 days)
<i>fenofibrate micronized oral capsule 130 mg, 134 mg, 200 mg, 43 mg, 67 mg</i>	
<i>fenofibrate nanocrystallized oral tablet 145 mg, 48 mg</i> (Tricor)	
<i>fenofibrate oral tablet 120 mg, 160 mg, 40 mg, 54 mg</i>	
<i>fluvastatin oral capsule 20 mg, 40 mg</i>	QL (60 per 30 days)
<i>fluvastatin oral tablet extended release 24 hr 80 mg</i> (Lescol XL)	
<i>gemfibrozil oral tablet 600 mg</i> (Lopid)	
<i>icosapent ethyl oral capsule 0.5 gram</i> (Vascepa)	QL (240 per 30 days)
<i>icosapent ethyl oral capsule 1 gram</i> (Vascepa)	QL (120 per 30 days)
<i>lovastatin oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg</i>	
NEXLETOL ORAL TABLET 180 MG	ST; QL (30 per 30 days)
NEXLIZET ORAL TABLET 180-10 MG	ST; QL (30 per 30 days)
<i>niacin oral tablet 500 mg</i> (Niacor)	
<i>niacin oral tablet extended release 24 hr 1,000 mg, 500 mg, 750 mg</i>	
<i>niacor oral tablet 500 mg</i> (niacin)	
<i>omega-3 acid ethyl esters oral capsule 1 gram</i> (Lovaza)	ST; QL (120 per 30 days)

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento

06/01/2025

Nombre del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>pitavastatin calcium oral tablet 1 mg, 2 mg, 4 mg</i> (Livalo)	QL (30 per 30 days)
<i>pravastatin oral tablet 10 mg, 80 mg</i>	
<i>pravastatin oral tablet 20 mg, 40 mg</i>	QL (30 per 30 days)
<i>prevalite oral powder in packet 4 gram</i>	
REPATHA PUSHTRONEX SUBCUTANEOUS WEARABLE INJECTOR 420 MG/3.5 ML	ST; QL (7 per 28 days)
REPATHA SURECLICK SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 140 MG/ML	ST; QL (6 per 28 days)
REPATHA SYRINGE SUBCUTANEOUS SYRINGE 140 MG/ML	ST; QL (6 per 28 days)
<i>rosuvastatin oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 5 mg</i> (Crestor)	QL (30 per 30 days)
<i>simvastatin oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg</i> (Zocor)	QL (30 per 30 days)
<i>simvastatin oral tablet 5 mg, 80 mg</i>	QL (30 per 30 days)
Diuréticos	
<i>amiloride oral tablet 5 mg</i>	
<i>amiloride-hydrochlorothiazide oral tablet 5-50 mg</i>	
<i>bumetanide oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	
<i>chlorthalidone oral tablet 25 mg, 50 mg</i>	
<i>furosemide injection solution 10 mg/ml</i>	
<i>furosemide injection syringe 10 mg/ml</i>	
<i>furosemide oral solution 10 mg/ml, 40 mg/5 ml (8 mg/ml)</i>	
<i>furosemide oral tablet 20 mg, 40 mg, 80 mg</i> (Lasix)	
<i>hydrochlorothiazide oral capsule 12.5 mg</i>	
<i>hydrochlorothiazide oral tablet 12.5 mg, 25 mg, 50 mg</i>	
<i>indapamide oral tablet 1.25 mg, 2.5 mg</i>	

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento

06/01/2025

Nombre del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>metolazone oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	
<i>spironolactone oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i> (Aldactone)	
<i>spironolacton-hydrochlorothiaz oral tablet 25-25 mg</i>	
<i>torse mide oral tablet 10 mg, 100 mg, 20 mg, 5 mg</i>	
<i>triamterene-hydrochlorothiazid oral capsule 37.5-25 mg</i>	
<i>triamterene-hydrochlorothiazid oral tablet 37.5-25 mg, 75-50 mg</i>	
Inhibidores De Enzima Convertidoras De Angiotensina	
<i>benazepril oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg</i> (Lotensin)	
<i>benazepril oral tablet 5 mg</i>	
<i>benazepril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-12.5 mg, 20-12.5 mg, 20-25 mg</i> (Lotensin HCT)	
<i>benazepril-hydrochlorothiazide oral tablet 5-6.25 mg</i>	
<i>captopril oral tablet 100 mg, 12.5 mg, 25 mg, 50 mg</i>	
<i>enalapril maleate oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 20 mg, 5 mg</i> (Vasotec)	
<i>enalapril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-25 mg</i> (Vaseretic)	
<i>enalapril-hydrochlorothiazide oral tablet 5-12.5 mg</i>	
<i>fosinopril oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg</i>	
<i>fosinopril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-12.5 mg, 20-12.5 mg</i>	
<i>lisinopril oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg, 5 mg</i> (Zestril)	

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento

06/01/2025

Nombre del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>lisinopril-hydrochlorothiazide oral tablet</i> 10-12.5 mg, 20-12.5 mg, 20-25 mg (Zestoretic)	
<i>moexipril oral tablet</i> 15 mg, 7.5 mg	
<i>perindopril erbumine oral tablet</i> 2 mg, 4 mg, 8 mg	
<i>quinapril oral tablet</i> 10 mg, 20 mg, 40 mg, 5 mg (Accupril)	
<i>quinapril-hydrochlorothiazide oral tablet</i> 10-12.5 mg, 20-12.5 mg, 20-25 mg (Accuretic)	
<i>ramipril oral capsule</i> 1.25 mg, 10 mg, 2.5 mg, 5 mg (Altace)	
<i>trandolapril oral tablet</i> 1 mg, 2 mg, 4 mg	
<i>trandolapril-verapamil oral tablet, ir - er, biphasic</i> 24hr 1-240 mg, 2-180 mg, 2-240 mg, 4-240 mg	
Inhibidores Del Sistema De Renina-Angiotensina-Aldosterona	
<i>aliskiren oral tablet</i> 150 mg, 300 mg (Tekturna)	
<i>eplerenone oral tablet</i> 25 mg, 50 mg (Inspra)	
KERENDIA ORAL TABLET 10 MG, 20 MG	PA; QL (30 per 30 days)
Vasodilatadores	
<i>isosorbide dinitrate oral tablet</i> 10 mg, 20 mg, 30 mg	
<i>isosorbide dinitrate oral tablet</i> 40 mg (Isordil)	
<i>isosorbide dinitrate oral tablet</i> 5 mg (Isordil Titrados)	
<i>isosorbide mononitrate oral tablet</i> 10 mg, 20 mg	
<i>isosorbide mononitrate oral tablet extended release</i> 24 hr 120 mg, 30 mg, 60 mg	
<i>minitran transdermal patch</i> 24 hour 0.1 mg/hr, 0.2 mg/hr, 0.4 mg/hr, 0.6 mg/hr (nitroglycerin)	
<i>minoxidil oral tablet</i> 10 mg, 2.5 mg	

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento

06/01/2025

Nombre del Medicamento	Requerimientos/ Límites
nitroglycerin sublingual tablet 0.3 mg, 0.4 mg, 0.6 mg (Nitrostat)	
nitroglycerin transdermal patch 24 hour 0.1 mg/hr, 0.2 mg/hr, 0.4 mg/hr, 0.6 mg/hr (Nitro-Dur)	
Agentes De Enfermedad Intestinal Inflamatoria	
Agentes De Enfermedad Intestinal Inflamatoria	
alosetron oral tablet 0.5 mg, 1 mg (Lotronex)	
balsalazide oral capsule 750 mg (Colazal)	
budesonide oral capsule, delayed, extend. release 3 mg	
budesonide rectal foam 2 mg/actuation (Uceris)	
hydrocortisone rectal enema 100 mg/60 ml (Cortenema)	
mesalamine oral capsule, extended release 500 mg (Pentasa)	
mesalamine oral capsule, extended release 24hr 0.375 gram (Apriso)	
mesalamine oral tablet, delayed release (dr/ec) 1.2 gram (Lialda)	QL (120 per 30 days)
sulfasalazine oral tablet 500 mg (Azulfidine)	
sulfasalazine oral tablet, delayed release (dr/ec) 500 mg (Azulfidine EN-tabs)	
Agentes De Enfermedad Ósea Metabólica	
Agentes De Enfermedad Ósea Metabólica	
alendronate oral solution 70 mg/75 ml	QL (300 per 28 days)
alendronate oral tablet 10 mg	QL (30 per 30 days)
alendronate oral tablet 35 mg	QL (4 per 28 days)
alendronate oral tablet 70 mg (Fosamax)	QL (4 per 28 days)
calcitonin (salmon) nasal spray, non-aerosol 200 unit/actuation	
calcitriol oral capsule 0.25 mcg, 0.5 mcg	
cinacalcet oral tablet 30 mg, 60 mg (Sensipar)	QL (60 per 30 days)

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento

06/01/2025

Nombre del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>cinacalcet oral tablet 90 mg</i> (Sensipar)	NM; QL (120 per 30 days)
<i>ibandronate oral tablet 150 mg</i>	QL (1 per 28 days)
NATPARA SUBCUTANEOUS CARTRIDGE 100 MCG/DOSE, 25 MCG/DOSE, 50 MCG/DOSE, 75 MCG/DOSE	PA; NM; QL (2 per 28 days)
<i>paricalcitol oral capsule 1 mcg, 2 mcg</i> (Zemplar)	
<i>paricalcitol oral capsule 4 mcg</i>	
PROLIA SUBCUTANEOUS SYRINGE 60 MG/ML	QL (1 per 180 days)
RAYALDEE ORAL CAPSULE,EXTENDED RELEASE 24 HR 30 MCG	QL (60 per 30 days)
<i>teriparatide subcutaneous pen injector 20 mcg/dose (620mcg/2.48ml)</i>	PA; NM; QL (2.48 per 28 days)
TYMLOS SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 80 MCG (3,120 MCG/1.56 ML)	PA; NM; QL (1.56 per 30 days)
XGEVA SUBCUTANEOUS SOLUTION 120 MG/1.7 ML (70 MG/ML)	PA; NM
Agentes De Trastorno De Sueño	
Agentes De Trastorno De Sueño	
<i>armodafinil oral tablet 150 mg, 200 mg, 250 mg, 50 mg</i> (Nuvigil)	PA; QL (30 per 30 days)
BELSOMRA ORAL TABLET 10 MG, 15 MG, 20 MG, 5 MG	QL (30 per 30 days)
<i>eszopiclone oral tablet 1 mg, 2 mg, 3 mg</i> (Lunesta)	QL (30 per 30 days)
<i>modafinil oral tablet 100 mg</i> (Provigil)	PA; QL (30 per 30 days)
<i>modafinil oral tablet 200 mg</i> (Provigil)	PA; QL (60 per 30 days)
<i>sodium oxybate oral solution 500 mg/ml</i> (Xyrem)	PA; NM; LA; QL (540 per 30 days)
<i>zaleplon oral capsule 10 mg, 5 mg</i>	QL (30 per 30 days)
<i>zolpidem oral tablet 10 mg, 5 mg</i> (Ambien)	QL (30 per 30 days)
<i>zolpidem oral tablet,ext release multiphase 12.5 mg, 6.25 mg</i> (Ambien CR)	QL (30 per 30 days)

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento

06/01/2025

Nombre del Medicamento	Requerimientos/ Límites
Agentes Del Sistema Nervioso Central	
Agentes Del Sistema Nervioso Central	
<i>atomoxetine oral capsule 10 mg, 18 mg, 25 mg, 40 mg</i> (Strattera)	QL (60 per 30 days)
<i>atomoxetine oral capsule 100 mg, 60 mg, 80 mg</i> (Strattera)	QL (30 per 30 days)
AUSTEDO ORAL TABLET 12 MG, 9 MG	PA; NM; QL (120 per 30 days)
AUSTEDO ORAL TABLET 6 MG	PA; NM; QL (60 per 30 days)
AUSTEDO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 12 MG	PA; NM; QL (90 per 30 days)
AUSTEDO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 18 MG, 24 MG	PA; NM; QL (60 per 30 days)
AUSTEDO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 30 MG, 36 MG, 42 MG, 48 MG	PA; NM; QL (30 per 30 days)
AUSTEDO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 6 MG	PA; NM; QL (210 per 30 days)
AUSTEDO XR TITRATION KT(WK1-4) ORAL TABLET, EXT REL 24HR DOSE PACK 12-18-24-30 MG, 6 MG (14)-12 MG (14)-24 MG (14)	PA; NM
AVONEX INTRAMUSCULAR PEN INJECTOR KIT 30 MCG/0.5 ML	PA; NM; QL (1 per 28 days)
AVONEX INTRAMUSCULAR SYRINGE KIT 30 MCG/0.5 ML	PA; NM; QL (1 per 28 days)
AVONEX PEN 30 MCG/0.5 ML	PA; NM; QL (1 per 28 days)
BETASERON SUBCUTANEOUS KIT 0.3 MG	PA; NM; QL (15 per 30 days)
<i>dalfampridine oral tablet extended release 12 hr 10 mg</i> (Ampyra)	PA; QL (60 per 30 days)

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento

06/01/2025

Nombre del Medicamento		Requerimientos/ Límites
<i>dextroamphetamine-amphetamine oral capsule,extended release 24hr 10 mg, 15 mg, 5 mg</i>	(Adderall XR)	QL (30 per 30 days)
<i>dextroamphetamine-amphetamine oral capsule,extended release 24hr 20 mg, 25 mg, 30 mg</i>	(Adderall XR)	QL (60 per 30 days)
<i>dextroamphetamine-amphetamine oral tablet 10 mg, 12.5 mg, 15 mg, 20 mg, 30 mg, 5 mg, 7.5 mg</i>	(Adderall)	QL (60 per 30 days)
<i>dimethyl fumarate oral capsule,delayed release(dr/ec) 120 mg</i>	(Tecfidera)	PA; NM; QL (14 per 7 days)
<i>dimethyl fumarate oral capsule,delayed release(dr/ec) 120 mg (14)- 240 mg (46)</i>	(Tecfidera)	PA; NM
<i>dimethyl fumarate oral capsule,delayed release(dr/ec) 240 mg</i>	(Tecfidera)	PA; NM; QL (60 per 30 days)
<i> fingolimod oral capsule 0.5 mg</i>	(Gilenya)	PA; NM; QL (30 per 30 days)
<i>glatiramer subcutaneous syringe 20 mg/ml</i>	(Glatopa)	PA; NM; QL (30 per 30 days)
<i>glatiramer subcutaneous syringe 40 mg/ml</i>	(Glatopa)	PA; NM; QL (12 per 28 days)
<i>glatopa subcutaneous syringe 20 mg/ml</i>	(glatiramer)	PA; NM; QL (30 per 30 days)
<i>glatopa subcutaneous syringe 40 mg/ml</i>	(glatiramer)	PA; NM; QL (12 per 28 days)
<i>guanfacine oral tablet extended release 24 hr 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg</i>	(Intuniv ER)	
INGREZZA INITIATION PK(TARDIV) ORAL CAPSULE,DOSE PACK 40 MG (7)- 80 MG (21)		PA; NM
INGREZZA ORAL CAPSULE 40 MG, 60 MG, 80 MG		PA; NM; QL (30 per 30 days)
INGREZZA SPRINKLE ORAL CAPSULE, SPRINKLE 40 MG, 60 MG, 80 MG		PA; NM; QL (30 per 30 days)
KESIMPTA PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 20 MG/0.4 ML		PA; NM; QL (1.2 per 28 days)
<i>lithium carbonate oral capsule 150 mg, 300 mg, 600 mg</i>		
<i>lithium carbonate oral tablet 300 mg</i>		

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento

06/01/2025

Nombre del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>lithium carbonate oral tablet extended release 300 mg</i> (Lithobid)	
<i>lithium carbonate oral tablet extended release 450 mg</i>	
<i>lithium citrate oral solution 8 meq/5 ml</i>	
MAVENCLAD (10 TABLET PACK) ORAL TABLET 10 MG	PA; NM
MAVENCLAD (4 TABLET PACK) ORAL TABLET 10 MG	PA; NM
MAVENCLAD (5 TABLET PACK) ORAL TABLET 10 MG	PA; NM
MAVENCLAD (6 TABLET PACK) ORAL TABLET 10 MG	PA; NM
MAVENCLAD (7 TABLET PACK) ORAL TABLET 10 MG	PA; NM
MAVENCLAD (8 TABLET PACK) ORAL TABLET 10 MG	PA; NM
MAVENCLAD (9 TABLET PACK) ORAL TABLET 10 MG	PA; NM
MAYZENT ORAL TABLET 0.25 MG	PA; NM; QL (112 per 28 days)
MAYZENT ORAL TABLET 1 MG, 2 MG	PA; NM; QL (30 per 30 days)
MAYZENT STARTER(FOR 1MG MAINT) ORAL TABLETS,DOSE PACK 0.25 MG (7 TABS)	PA
MAYZENT STARTER(FOR 2MG MAINT) ORAL TABLETS,DOSE PACK 0.25 MG (12 TABS)	PA; NM
<i>methylphenidate hcl oral solution 10 mg/5 ml</i> (Methylin)	QL (900 per 30 days)
<i>methylphenidate hcl oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg</i> (Ritalin)	QL (90 per 30 days)
OCREVUS INTRAVENOUS SOLUTION 30 MG/ML	PA; NM; QL (20 per 180 days)

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento

06/01/2025

Nombre del Medicamento	Requerimientos/ Límites
OCREVUS ZUNOVO SUBCUTANEOUS SOLUTION 920 MG- 23,000 UNIT/23 ML	PA; NM; QL (23 per 180 days)
PLEGRIDY SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 125 MCG/0.5 ML	PA; NM; QL (1 per 28 days)
PLEGRIDY SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 63 MCG/0.5 ML- 94 MCG/0.5 ML	PA; NM
PLEGRIDY SUBCUTANEOUS SYRINGE 125 MCG/0.5 ML	PA; NM; QL (1 per 28 days)
PLEGRIDY SUBCUTANEOUS SYRINGE 63 MCG/0.5 ML- 94 MCG/0.5 ML	PA; NM
<i>riluzole oral tablet 50 mg</i> (Rilutek)	
SAVELLA ORAL TABLET 100 MG, 12.5 MG, 25 MG, 50 MG	QL (60 per 30 days)
SAVELLA ORAL TABLETS,DOSE PACK 12.5 MG (5)-25 MG(8)-50 MG(42)	
<i>tetrabenazine oral tablet 12.5 mg, 25 mg</i> (Xenazine)	PA; NM; QL (112 per 28 days)
VUMERITY ORAL CAPSULE,DELAYED RELEASE(DR/EC) 231 MG	PA; NM; QL (120 per 30 days)
Agentes Del Tracto Respiratorio	
Agentes Del Tracto Respiratorio, Otros	
<i>acetylcysteine solution 100 mg/ml (10 %), 200 mg/ml (20 %)</i>	PA BvD
ALYFTREK ORAL TABLET 10-50-125 MG	PA; NM; QL (60 per 30 days)
ALYFTREK ORAL TABLET 4-20-50 MG	PA; NM; QL (90 per 30 days)
BRONCHITOL INHALATION CAPSULE, W/INHALATION DEVICE 40 MG	NM; QL (560 per 28 days)
CINQAIR INTRAVENOUS SOLUTION 10 MG/ML	PA; NM

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento

06/01/2025

Nombre del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>cromolyn inhalation solution for nebulization 20 mg/2 ml</i>	PA BvD
FASENRA PEN SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 30 MG/ML	PA; NM; QL (1 per 28 days)
FASENRA SUBCUTANEOUS SYRINGE 10 MG/0.5 ML, 30 MG/ML	PA; NM; QL (1 per 28 days)
KALYDECO ORAL GRANULES IN PACKET 13.4 MG, 25 MG, 5.8 MG, 50 MG, 75 MG	PA; NM; QL (56 per 28 days)
KALYDECO ORAL TABLET 150 MG	PA; NM; QL (56 per 28 days)
NUCALA SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 100 MG/ML	PA; NM; LA; QL (3 per 28 days)
NUCALA SUBCUTANEOUS RECON SOLN 100 MG	PA; NM; LA; QL (3 per 28 days)
NUCALA SUBCUTANEOUS SYRINGE 100 MG/ML	PA; NM; LA; QL (3 per 28 days)
NUCALA SUBCUTANEOUS SYRINGE 40 MG/0.4 ML	PA; NM; LA; QL (0.4 per 28 days)
OFEV ORAL CAPSULE 100 MG, 150 MG	PA; NM; QL (60 per 30 days)
ORKAMBI ORAL TABLET 100-125 MG, 200-125 MG	PA; NM; QL (112 per 28 days)
<i>pirfenidone oral capsule 267 mg</i> (Esbriet)	PA; NM; QL (270 per 30 days)
<i>pirfenidone oral tablet 267 mg</i> (Esbriet)	PA; NM; QL (270 per 30 days)
<i>pirfenidone oral tablet 534 mg</i>	PA; NM; QL (90 per 30 days)
<i>pirfenidone oral tablet 801 mg</i> (Esbriet)	PA; NM; QL (90 per 30 days)
<i>roflumilast oral tablet 250 mcg</i> (Daliresp)	QL (28 per 28 days)
<i>roflumilast oral tablet 500 mcg</i> (Daliresp)	QL (30 per 30 days)
WINREVAIR SUBCUTANEOUS KIT 45 MG, 45 MG (2 PACK), 60 MG, 60 MG (2 PACK)	PA; NM; QL (1 per 21 days)
XOLAIR SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 150 MG/ML, 300 MG/2 ML, 75 MG/0.5 ML	PA; NM

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento

06/01/2025

Nombre del Medicamento	Requerimientos/ Límites
XOLAIR SUBCUTANEOUS RECON SOLN 150 MG	PA; NM
XOLAIR SUBCUTANEOUS SYRINGE 150 MG/ML, 300 MG/2 ML, 75 MG/0.5 ML	PA; NM
Antiinflamatorios, Corticoesteroides Inhalados	
ADVAIR HFA INHALATION HFA AEROSOL INHALER 115-21 MCG/ACTUATION, 230-21 MCG/ACTUATION, 45-21 MCG/ACTUATION (fluticasone propion-salmeterol)	QL (12 per 30 days)
AIRSUPRA 90-80 MCG INHALER 90-80 MCG/ACTUATION	QL (32.1 per 30 days)
ARNUITY ELLIPTA INHALATION BLISTER WITH DEVICE 100 MCG/ACTUATION, 200 MCG/ACTUATION, 50 MCG/ACTUATION	QL (30 per 30 days)
BREO ELLIPTA INHALATION BLISTER WITH DEVICE 100-25 MCG/DOSE, 200-25 MCG/DOSE (fluticasone furoate-vilanterol)	QL (60 per 30 days)
BREO ELLIPTA INHALATION BLISTER WITH DEVICE 50-25 MCG/DOSE	QL (60 per 30 days)
<i>breyana inhalation hfa aerosol inhaler 160-4.5 mcg/actuation, 80-4.5 mcg/actuation</i> (budesonide-formoterol)	QL (30.9 per 30 days)
<i>budesonide inhalation suspension for nebulization 0.25 mg/2 ml, 0.5 mg/2 ml, 1 mg/2 ml</i> (Pulmicort)	PA BvD; QL (120 per 30 days)
<i>budesonide-formoterol inhalation hfa aerosol inhaler 160-4.5 mcg/actuation, 80-4.5 mcg/actuation</i> (Breyana)	QL (30.6 per 30 days)
<i>fluticasone propionate inhalation hfa aerosol inhaler 110 mcg/actuation</i>	QL (12 per 30 days)

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento

06/01/2025

Nombre del Medicamento		Requerimientos/ Límites
<i>fluticasone propionate inhalation hfa aerosol inhaler 220 mcg/actuation</i>		QL (24 per 30 days)
<i>fluticasone propionate inhalation hfa aerosol inhaler 44 mcg/actuation</i>		QL (21.2 per 30 days)
<i>fluticasone propion-salmeterol inhalation blister with device 100-50 mcg/dose, 250-50 mcg/dose, 500-50 mcg/dose</i>	(Wixela Inhub)	QL (60 per 30 days)
<i>wixela inhub inhalation blister with device 100-50 mcg/dose, 250-50 mcg/dose, 500-50 mcg/dose</i>	(fluticasone propion-salmeterol)	QL (60 per 30 days)
Antileucotrinós		
<i>montelukast oral tablet 10 mg</i>	(Singulair)	
<i>montelukast oral tablet, chewable 4 mg, 5 mg</i>	(Singulair)	
<i>zafirlukast oral tablet 10 mg, 20 mg</i>	(Accolate)	
Broncodilatadores		
AIRSUPRA INHALATION HFA AEROSOL INHALER 90-80 MCG/ACTUATION		QL (32.1 per 30 days)
<i>albuterol sulfate inhalation hfa aerosol inhaler 90 mcg/actuation</i>	(Ventolin HFA)	QL (17 per 30 days)
<i>albuterol sulfate inhalation hfa aerosol inhaler 90 mcg/actuation (nda020503)</i>		QL (13.4 per 30 days)
<i>albuterol sulfate inhalation hfa aerosol inhaler 90 mcg/actuation (nda020983)</i>		QL (36 per 30 days)
<i>albuterol sulfate inhalation solution for nebulization 0.63 mg/3 ml, 1.25 mg/3 ml, 2.5 mg /3 ml (0.083 %), 2.5 mg/0.5 ml</i>		PA BvD
ANORO ELLIPTA INHALATION BLISTER WITH DEVICE 62.5-25 MCG/ACTUATION	(umeclidinium-vilanterol)	QL (60 per 30 days)
ATROVENT HFA INHALATION HFA AEROSOL INHALER 17 MCG/ACTUATION		QL (25.8 per 28 days)

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento

06/01/2025

Nombre del Medicamento	Requerimientos/ Límites
BREZTRI AEROSPHERE INHALATION HFA AEROSOL INHALER 160-9-4.8 MCG/ACTUATION	QL (10.7 per 30 days)
COMBIVENT RESPIMAT INHALATION MIST 20-100 MCG/ACTUATION	QL (8 per 30 days)
<i>ipratropium bromide inhalation solution</i> 0.02 %	PA BvD
<i>ipratropium-albuterol inhalation solution</i> <i>for nebulization 0.5 mg-3 mg(2.5 mg</i> <i>base)/3 ml</i>	PA BvD; QL (540 per 30 days)
SEREVENT DISKUS INHALATION BLISTER WITH DEVICE 50 MCG/DOSE	QL (60 per 30 days)
SPIRIVA RESPIMAT INHALATION MIST 1.25 MCG/ACTUATION, 2.5 MCG/ACTUATION	QL (4 per 30 days)
STIOLTO RESPIMAT INHALATION MIST 2.5-2.5 MCG/ACTUATION	QL (4 per 30 days)
STRIVERDI RESPIMAT INHALATION MIST 2.5 MCG/ACTUATION	QL (4 per 28 days)
<i>theophylline oral solution 80 mg/15 ml</i>	
<i>theophylline oral tablet extended release</i> <i>12 hr 100 mg, 200 mg, 300 mg, 450 mg</i>	
<i>theophylline oral tablet extended release</i> <i>24 hr 400 mg, 600 mg</i>	
<i>tiotropium bromide inhalation capsule,</i> <i>w/inhalation device 18 mcg</i>	(Spiriva with HandiHaler) QL (30 per 30 days)
TRELEGY ELLIPTA INHALATION BLISTER WITH DEVICE 100-62.5-25 MCG, 200-62.5-25 MCG	QL (60 per 30 days)
Agentes Dentales Y Orales	
Agentes Dentales Y Orales	
<i>cevimeline oral capsule 30 mg</i>	(Evoxac)

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento

06/01/2025

Nombre del Medicamento		Requerimientos/ Límites
<i>chlorhexidine gluconate mucous membrane mouthwash 0.12 %</i>	(Periogard)	
<i>denta 5000 plus dental cream 1.1 %</i>	(fluoride (sodium))	
<i>dentagel dental gel 1.1 %</i>	(fluoride (sodium))	
<i>fluoride (sodium) dental solution 0.2 %</i>	(PreviDent)	
<i>periogard mucous membrane mouthwash 0.12 %</i>	(chlorhexidine gluconate)	
<i>pilocarpine hcl oral tablet 5 mg, 7.5 mg</i>	(Salagen (pilocarpine))	
<i>sf 5000 plus dental cream 1.1 %</i>	(fluoride (sodium))	
<i>sodium fluoride-pot nitrate dental paste 1.1-5 %</i>	(Denta 5000 Plus Sensitive)	
<i>triamcinolone acetonide dental paste 0.1 %</i>	(Kourzeq)	
Agentes Dermatológicos		
Agentes Antiinflamatorios Dermatológicos		
<i>ala-cort topical cream 1 %</i>	(hydrocortisone)	
<i>betamethasone dipropionate topical cream 0.05 %</i>		
<i>betamethasone dipropionate topical lotion 0.05 %</i>		
<i>betamethasone dipropionate topical ointment 0.05 %</i>		
<i>betamethasone valerate topical cream 0.1 %</i>		
<i>betamethasone valerate topical lotion 0.1 %</i>		
<i>betamethasone valerate topical ointment 0.1 %</i>		
<i>betamethasone, augmented topical cream 0.05 %</i>		
<i>betamethasone, augmented topical gel 0.05 %</i>		
<i>betamethasone, augmented topical lotion 0.05 %</i>		

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento

06/01/2025

Nombre del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>betamethasone, augmented topical ointment 0.05 %</i> (Diprolene (augmented))	
<i>clobetasol scalp solution 0.05 %</i>	
<i>clobetasol topical cream 0.05 %</i>	
<i>clobetasol topical gel 0.05 %</i>	
<i>clobetasol topical lotion 0.05 %</i> (Clobex)	
<i>clobetasol topical ointment 0.05 %</i>	
<i>clobetasol topical shampoo 0.05 %</i> (Clobex)	
<i>clobetasol-emollient topical cream 0.05 %</i>	
<i>clobetasol-emollient topical foam 0.05 %</i> (Olux-E)	
EUCRISA TOPICAL OINTMENT 2 %	
<i>fluocinolone topical cream 0.01 %</i>	
<i>fluocinolone topical cream 0.025 %</i> (Synalar)	
<i>fluocinolone topical ointment 0.025 %</i> (Synalar)	
<i>fluocinonide topical cream 0.05 %</i>	
<i>fluocinonide topical cream 0.1 %</i> (Vanos)	
<i>fluocinonide topical gel 0.05 %</i>	
<i>fluocinonide topical ointment 0.05 %</i>	
<i>fluocinonide topical solution 0.05 %</i>	
<i>fluticasone propionate topical cream 0.05 %</i>	
<i>halobetasol propionate topical cream 0.05 %</i>	
<i>halobetasol propionate topical ointment 0.05 %</i>	
<i>hydrocortisone 2.5% cream</i>	
<i>hydrocortisone topical cream 1 %</i> (Ala-Cort)	
<i>hydrocortisone topical cream with perineal applicator 2.5 %</i> (Procto-Med HC)	
<i>hydrocortisone topical lotion 2.5 %</i>	
<i>hydrocortisone topical ointment 1 %</i> (Anti-Itch (HC))	
<i>hydrocortisone topical ointment 2.5 %</i>	
<i>hydrocortisone valerate topical cream 0.2 %</i>	

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento

06/01/2025

Nombre del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>mometasone topical cream 0.1 %</i>	
<i>mometasone topical ointment 0.1 %</i>	
<i>mometasone topical solution 0.1 %</i>	
<i>pimecrolimus topical cream 1 %</i> (Elidel)	QL (100 per 30 days)
<i>procto-med hc topical cream with perineal applicator 2.5 %</i> (hydrocortisone)	
<i>proctosol hc topical cream with perineal applicator 2.5 %</i> (hydrocortisone)	
<i>proctozone-hc topical cream with perineal applicator 2.5 %</i> (hydrocortisone)	
<i>tacrolimus topical ointment 0.03 %, 0.1 %</i>	QL (100 per 30 days)
<i>triamcinolone acetonide topical cream 0.025 %, 0.1 %</i>	
<i>triamcinolone acetonide topical cream 0.5 %</i> (Triderm)	
<i>triamcinolone acetonide topical lotion 0.025 %, 0.1 %</i>	
<i>triamcinolone acetonide topical ointment 0.025 %, 0.1 %, 0.5 %</i>	
<i>triamcinolone acetonide topical ointment 0.05 %</i> (Trianex)	
Agentes Dermatológicos, Otros	
<i>acitretin oral capsule 10 mg, 17.5 mg, 25 mg</i>	
<i>acyclovir topical ointment 5 %</i> (Zovirax)	QL (30 per 30 days)
<i>ammonium lactate topical cream 12 %</i>	
<i>ammonium lactate topical lotion 12 %</i> (AmLactin)	
<i>calcipotriene scalp solution 0.005 %</i>	QL (120 per 30 days)
<i>calcipotriene topical cream 0.005 %</i>	QL (120 per 30 days)
<i>calcipotriene topical ointment 0.005 %</i>	QL (120 per 30 days)
<i>fluorouracil topical cream 5 %</i> (Efudex)	
<i>fluorouracil topical solution 2 %, 5 %</i>	
<i>imiquimod topical cream in packet 5 %</i>	QL (24 per 30 days)
ISOPROPYL ALCOHOL TOPICAL SWAB 70 %	

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento

06/01/2025

Nombre del Medicamento	Requerimientos/ Límites
KLISYRI (250 MG) TOPICAL OINTMENT IN PACKET 1 %	QL (5 per 5 days)
<i>methoxsalen oral capsule,liqd-filled,rapid rel 10 mg</i>	NM
PANRETIN TOPICAL GEL 0.1 %	NM; QL (60 per 28 days)
<i>podofilox topical solution 0.5 %</i>	
SANTYL TOPICAL OINTMENT 250 UNIT/GRAM	QL (180 per 30 days)
VALCHLOR TOPICAL GEL 0.016 %	PA NSO; NM
<i>zenatane oral capsule 10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg</i> (isotretinoin)	
Antibacterianos Dermatológicos	
<i>clindamycin phosphate topical solution 1 %</i>	QL (180 per 30 days)
<i>clindamycin phosphate topical swab 1 %</i> (Clindacin ETZ)	
<i>clindamycin-benzoyl peroxide topical gel 1-5 %</i>	
<i>erythromycin with ethanol topical solution 2 %</i>	
<i>gentamicin topical cream 0.1 %</i>	QL (90 per 30 days)
<i>gentamicin topical ointment 0.1 %</i>	QL (120 per 30 days)
<i>metronidazole topical cream 0.75 %</i> (Rosadan)	
<i>metronidazole topical gel 0.75 %</i> (Rosadan)	
<i>metronidazole topical gel 1 %</i> (Metrogel)	
<i>mupirocin topical ointment 2 %</i> (Centany)	QL (220 per 30 days)
<i>neuac topical gel 1.2 %(1 % base) -5 %</i> (clindamycin-benzoyl peroxide)	
<i>rosadan topical cream 0.75 %</i> (metronidazole)	
<i>selenium sulfide topical lotion 2.5 %</i>	
<i>silver sulfadiazine topical cream 1 %</i> (SSD)	
<i>ssd topical cream 1 %</i> (silver sulfadiazine)	
Escabicidas Y Pediculicidas	
<i>malathion topical lotion 0.5 %</i> (Ovide)	
<i>permethrin topical cream 5 %</i> (Elimite)	QL (60 per 30 days)
Retinoides Dermatológicos	

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento

06/01/2025

Nombre del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>adapalene topical cream 0.1 %</i> (Differin)	
ALTRENO TOPICAL LOTION 0.05 %	PA
<i>tazarotene topical cream 0.1 %</i> (Tazorac)	
<i>tretinoin topical cream 0.025 %</i> (Avita)	PA
<i>tretinoin topical cream 0.05 %, 0.1 %</i> (Retin-A)	PA
Agentes Gastrointestinales	
Agentes Antiúlceras Y Supresores De Ácidos	
<i>amoxicil-clarithromy-lansopraz oral combo pack 500-500-30 mg</i>	
<i>cimetidine hcl oral solution 300 mg/5 ml</i>	
<i>esomeprazole magnesium oral capsule, delayed release(dr/ec) 20 mg</i> (Acid Reducer (esomeprazole))	QL (30 per 30 days)
<i>esomeprazole magnesium oral capsule, delayed release(dr/ec) 40 mg</i> (Nexium)	QL (60 per 30 days)
<i>esomeprazole magnesium oral granules dr for susp in packet 10 mg, 20 mg</i> (Nexium Packet)	ST; QL (30 per 30 days)
<i>esomeprazole magnesium oral granules dr for susp in packet 40 mg</i> (Nexium Packet)	ST; QL (60 per 30 days)
<i>famotidine oral tablet 20 mg</i> (Acid Controller)	
<i>famotidine oral tablet 40 mg</i> (Pepcid)	
<i>lansoprazole oral capsule, delayed release(dr/ec) 15 mg</i> (Acid Reducer (lansoprazole))	QL (30 per 30 days)
<i>lansoprazole oral capsule, delayed release(dr/ec) 30 mg</i> (Prevacid)	QL (60 per 30 days)
<i>misoprostol oral tablet 100 mcg, 200 mcg</i> (Cytotec)	
<i>omeprazole oral capsule, delayed release(dr/ec) 10 mg, 20 mg, 40 mg</i>	
<i>pantoprazole oral tablet, delayed release (dr/ec) 20 mg</i> (Protonix)	QL (30 per 30 days)
<i>pantoprazole oral tablet, delayed release (dr/ec) 40 mg</i> (Protonix)	QL (60 per 30 days)
<i>rabeprazole oral tablet, delayed release (dr/ec) 20 mg</i> (AcipHex)	QL (30 per 30 days)
<i>sucralfate oral tablet 1 gram</i> (Carafate)	

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento

06/01/2025

Nombre del Medicamento	Requerimientos/ Límites
Agentes Gastrointestinales, Otros	
<i>carglumic acid oral tablet, dispersible 200 mg</i> (Carbaglu)	PA; NM
<i>constulose oral solution 10 gram/15 ml</i> (lactulose)	
<i>cromolyn oral concentrate 100 mg/5 ml</i> (Gastrocrom)	
<i>dicyclomine oral capsule 10 mg</i>	
<i>dicyclomine oral solution 10 mg/5 ml</i>	
<i>dicyclomine oral tablet 20 mg</i>	
<i>diphenoxylate-atropine oral tablet 2.5-0.025 mg</i> (Lomotil)	PA-HRM; AGE (Max 64 Years)
<i>enulose oral solution 10 gram/15 ml</i> (lactulose)	
<i>generlac oral solution 10 gram/15 ml</i> (lactulose)	
<i>glycopyrrolate oral tablet 1 mg</i> (Robinul)	
<i>glycopyrrolate oral tablet 2 mg</i> (Robinul Forte)	
<i>kionex (with sorbitol) oral suspension 15-19.3 gram/60 ml, 15-20 gram/60 ml</i>	
<i>lactulose oral solution 10 gram/15 ml</i> (Constulose)	
LINZESS ORAL CAPSULE 145 MCG, 290 MCG, 72 MCG	QL (30 per 30 days)
LOKELMA ORAL POWDER IN PACKET 10 GRAM, 5 GRAM	
<i>loperamide oral capsule 2 mg</i> (Anti-Diarrheal (loperamide))	
<i>lubiprostone oral capsule 24 mcg, 8 mcg</i> (Amitiza)	QL (60 per 30 days)
<i>metoclopramide hcl oral solution 5 mg/5 ml</i>	
<i>metoclopramide hcl oral tablet 10 mg, 5 mg</i> (Reglan)	
MOVANTIK ORAL TABLET 12.5 MG, 25 MG	QL (30 per 30 days)
<i>sodium polystyrene sulfonate oral powder</i>	
<i>sps (with sorbitol) oral suspension 15-20 gram/60 ml</i>	
<i>ursodiol oral capsule 200 mg, 400 mg</i> (Reltone)	NM
<i>ursodiol oral capsule 300 mg</i>	

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento

06/01/2025

Nombre del Medicamento	Requerimientos/ Límites
ursodiol oral tablet 250 mg	
ursodiol oral tablet 500 mg (URSO Forte)	
VELTASSA ORAL POWDER IN PACKET 1 GRAM, 16.8 GRAM, 25.2 GRAM, 8.4 GRAM	
XERMELO ORAL TABLET 250 MG	PA; NM; QL (84 per 28 days)
Enlaces De Fosfato	
calcium acetate(phosphat bind) oral capsule 667 mg	
calcium acetate(phosphat bind) oral tablet 667 mg	
sevelamer carbonate oral powder in packet 0.8 gram, 2.4 gram (Renvela)	
sevelamer carbonate oral tablet 800 mg (Renvela)	
sevelamer hcl oral tablet 400 mg, 800 mg	
Laxantes	
CLENPIQ ORAL SOLUTION 10 MG-3.5 GRAM- 12 GRAM/160 ML, 10 MG-3.5 GRAM- 12 GRAM/175 ML	
gavilyte-c oral recon soln 240-22.72-6.72 -5.84 gram (peg 3350-electrolytes)	
gavilyte-g oral recon soln 236-22.74-6.74 -5.86 gram (peg 3350-electrolytes)	
gavilyte-n oral recon soln 420 gram (peg-electrolyte soln)	
peg 3350-electrolytes oral recon soln 236-22.74-6.74 -5.86 gram (GaviLyte-G)	
peg-electrolyte soln oral recon soln 420 gram (GaviLyte-N)	
sodium,potassium,mag sulfates oral recon soln 17.5-3.13-1.6 gram (Suprep Bowel Prep Kit)	
sodium,potassium,mag sulfates oral recon soln 17.5-3.13-1.6 gram 2 pack (480ml)	
SUTAB ORAL TABLET 1.479-0.188-0.225 GRAM	
Agentes Genitourinarios	

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento

06/01/2025

Nombre del Medicamento	Requerimientos/ Límites
Agentes Genitourinarios, Varios	
<i>alfuzosin oral tablet extended release 24 hr 10 mg</i> (Uroxatral)	QL (30 per 30 days)
<i>dutasteride oral capsule 0.5 mg</i> (Avodart)	
<i>finasteride oral tablet 5 mg</i> (Proscar)	
<i>tamsulosin oral capsule 0.4 mg</i> (Flomax)	
<i>terazosin oral capsule 1 mg, 10 mg, 2 mg, 5 mg</i>	
Antiespasmódicos, Urinario	
<i>bethanechol chloride oral tablet 10 mg, 25 mg, 5 mg, 50 mg</i>	
<i>fesoterodine oral tablet extended release 24 hr 4 mg, 8 mg</i> (Toviaz)	
<i>flavoxate oral tablet 100 mg</i>	
MYRBETRIQ ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 25 MG, 50 MG (mirabegron)	
<i>oxybutynin chloride oral syrup 5 mg/5 ml</i>	
<i>oxybutynin chloride oral tablet 5 mg</i>	
<i>oxybutynin chloride oral tablet extended release 24hr 10 mg, 15 mg, 5 mg</i>	
<i>solifenacin oral tablet 10 mg, 5 mg</i> (Vesicare)	
<i>tolterodine oral capsule, extended release 24hr 2 mg, 4 mg</i>	
<i>tolterodine oral tablet 1 mg, 2 mg</i>	
<i>trospium oral capsule, extended release 24hr 60 mg</i>	
<i>trospium oral tablet 20 mg</i>	
Agentes Hormonales, Estimulante/Reemplazo/Modificad or	
Agentes Tiroideos Y Antitiroideos	

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento

06/01/2025

Nombre del Medicamento	Requerimientos/ Límites
levothyroxine oral tablet 100 mcg, 112 mcg, 125 mcg, 137 mcg, 150 mcg, 175 mcg, 200 mcg, 25 mcg, 50 mcg, 75 mcg, 88 mcg (Euthyrox)	
levothyroxine oral tablet 300 mcg (Levo-T)	
liothyronine oral tablet 25 mcg, 5 mcg, 50 mcg (Cytomel)	
methimazole oral tablet 10 mg, 5 mg	
propylthiouracil oral tablet 50 mg	
Andrógenos	
danazol oral capsule 100 mg, 200 mg, 50 mg	
oxandrolone oral tablet 10 mg, 2.5 mg	PA
testosterone cypionate intramuscular oil 100 mg/ml, 200 mg/ml (Depo-Testosterone)	PA
testosterone cypionate intramuscular oil 200 mg/ml (1 ml)	PA
testosterone enanthate intramuscular oil 200 mg/ml	PA; QL (5 per 28 days)
testosterone transdermal gel in metered-dose pump 12.5 mg/ 1.25 gram (1 %) (Vogelxo)	PA; QL (300 per 30 days)
testosterone transdermal gel in metered-dose pump 20.25 mg/1.25 gram (1.62 %) (AndroGel)	PA; QL (150 per 30 days)
testosterone transdermal gel in packet 1 % (25 mg/2.5gram), 1 % (50 mg/5 gram) (AndroGel)	PA; QL (300 per 30 days)
XYOSTED SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 100 MG/0.5 ML, 50 MG/0.5 ML, 75 MG/0.5 ML	PA; QL (2 per 28 days)
Estrógenos Y Antiestrógenos	
DUAVEE ORAL TABLET 0.45-20 MG	PA-HRM; AGE (Max 64 Years)
estradiol oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg (Estrace)	PA-HRM; AGE (Max 64 Years)
estradiol transdermal patch semiweekly 0.025 mg/24 hr, 0.0375 mg/24 hr, 0.05 mg/24 hr, 0.075 mg/24 hr, 0.1 mg/24 hr (Dotti)	PA-HRM; QL (8 per 28 days); AGE (Max 64 Years)

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento

06/01/2025

Nombre del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>estradiol transdermal patch weekly 0.025 mg/24 hr, 0.0375 mg/24 hr, 0.05 mg/24 hr, 0.06 mg/24 hr, 0.075 mg/24 hr, 0.1 mg/24 hr</i> (Climara)	PA-HRM; QL (4 per 28 days); AGE (Max 64 Years)
<i>estradiol vaginal cream 0.01 % (0.1 mg/gram)</i> (Estrace)	
<i>estradiol vaginal tablet 10 mcg</i> (Yuvaferm)	QL (18 per 28 days)
<i>estradiol-norethindrone acet oral tablet 0.5-0.1 mg</i>	PA-HRM; AGE (Max 64 Years)
<i>estradiol-norethindrone acet oral tablet 1-0.5 mg</i> (Mimvey)	PA-HRM; AGE (Max 64 Years)
<i>mimvey oral tablet 1-0.5 mg</i> (estradiol-norethindrone acet)	PA-HRM; AGE (Max 64 Years)
PREMARIN ORAL TABLET 0.3 MG, 0.45 MG, 0.9 MG	PA-HRM; AGE (Max 64 Years)
PREMARIN ORAL TABLET 0.625 MG, 1.25 MG (conjugated estrogens)	PA-HRM; AGE (Max 64 Years)
PREMARIN VAGINAL CREAM 0.625 MG/GRAM	
PREMPHASE ORAL TABLET 0.625 MG (14)/ 0.625MG-5MG(14)	PA-HRM; AGE (Max 64 Years)
PREMPRO ORAL TABLET 0.3-1.5 MG, 0.45-1.5 MG, 0.625-2.5 MG, 0.625-5 MG	PA-HRM; AGE (Max 64 Years)
<i>raloxifene oral tablet 60 mg</i> (Evista)	
<i>yuvaferm vaginal tablet 10 mcg</i> (estradiol)	QL (18 per 28 days)
Glucocorticoides/Mineralocorticoides	
<i>dexamethasone oral solution 0.5 mg/5 ml</i>	
<i>dexamethasone oral tablet 0.5 mg, 0.75 mg, 1 mg, 1.5 mg, 2 mg, 4 mg, 6 mg</i>	
<i>dexamethasone sodium phosphate injection solution 10 mg/ml, 4 mg/ml</i>	
<i>fludrocortisone oral tablet 0.1 mg</i>	
<i>hydrocortisone oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg</i> (Cortef)	

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento

06/01/2025

Nombre del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>methylprednisolone acetate injection suspension 40 mg/ml</i> (Depo-Medrol)	
<i>methylprednisolone oral tablet 16 mg, 4 mg, 8 mg</i> (Medrol)	
<i>methylprednisolone oral tablet 32 mg</i>	
<i>methylprednisolone oral tablets,dose pack 4 mg</i> (Medrol (Pak))	
<i>prednisolone 15 mg/5 ml soln d/f 15 mg/5 ml (3 mg/ml)</i>	PA BvD
<i>prednisolone oral solution 15 mg/5 ml</i>	PA BvD
<i>prednisolone sodium phosphate oral solution 25 mg/5 ml (5 mg/ml)</i>	PA BvD
<i>prednisolone sodium phosphate oral solution 5 mg base/5 ml (6.7 mg/5 ml)</i> (Pediapred)	PA BvD
<i>prednisone oral solution 5 mg/5 ml</i>	PA BvD
<i>prednisone oral tablet 1 mg, 10 mg, 2.5 mg, 20 mg, 5 mg, 50 mg</i>	PA BvD
<i>prednisone oral tablets,dose pack 10 mg, 10 mg (48 pack), 5 mg, 5 mg (48 pack)</i>	
<i>triamcinolone acetonide injection suspension 40 mg/ml</i> (Kenalog)	
Pituitario	
ACTHAR INJECTION GEL 80 UNIT/ML	PA; NM; QL (35 per 28 days)
ACTHAR SELFJECT SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 40 UNIT/0.5 ML	PA; NM; QL (15 per 30 days)
ACTHAR SELFJECT SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 80 UNIT/ML	PA; NM; QL (30 per 30 days)
CORTROPHIN GEL INJECTION GEL 80 UNIT/ML	PA; NM; QL (35 per 28 days)
<i>desmopressin 10 mcg/0.1 ml spr 10 mcg/spray (0.1 ml)</i>	
<i>desmopressin nasal spray,non-aerosol 10 mcg/spray (0.1 ml)</i>	
<i>desmopressin oral tablet 0.1 mg, 0.2 mg</i> (DDAVP)	

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento

06/01/2025

Nombre del Medicamento	Requerimientos/ Límites
INCRELEX SUBCUTANEOUS SOLUTION 10 MG/ML	PA; NM
<i>lanreotide subcutaneous syringe 120 mg/0.5 ml</i> (Somatuline Depot)	PA NSO; NM; QL (0.5 per 28 days)
LUPRON DEPOT (3 MONTH) INTRAMUSCULAR SYRINGE KIT 11.25 MG	PA NSO; NM
LUPRON DEPOT INTRAMUSCULAR SYRINGE KIT 3.75 MG	PA NSO; NM
LUPRON DEPOT-PED (3 MONTH) INTRAMUSCULAR SYRINGE KIT 11.25 MG, 30 MG	PA; NM
LUPRON DEPOT-PED INTRAMUSCULAR SYRINGE KIT 45 MG	PA; NM
NORDITROPIN FLEXPPO SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 10 MG/1.5 ML (6.7 MG/ML), 15 MG/1.5 ML (10 MG/ML), 30 MG/3 ML (10 MG/ML), 5 MG/1.5 ML (3.3 MG/ML)	PA; NM
<i>octreotide acetate injection solution 1,000 mcg/ml, 200 mcg/ml</i>	
<i>octreotide acetate injection solution 100 mcg/ml, 50 mcg/ml, 500 mcg/ml</i> (Sandostatin)	
ORGOVYX ORAL TABLET 120 MG	PA NSO; NM
ORILISSA ORAL TABLET 150 MG	PA; NM; QL (28 per 28 days)
ORILISSA ORAL TABLET 200 MG	PA; NM; QL (56 per 28 days)
SEROSTIM SUBCUTANEOUS RECON SOLN 4 MG, 5 MG, 6 MG	PA; NM
SIGNIFOR SUBCUTANEOUS SOLUTION 0.3 MG/ML (1 ML), 0.6 MG/ML (1 ML), 0.9 MG/ML (1 ML)	PA; NM; QL (60 per 30 days)
SOMATULINE DEPOT SUBCUTANEOUS SYRINGE 60 MG/0.2 ML (lanreotide)	PA NSO; NM; QL (0.2 per 28 days)

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento

06/01/2025

Nombre del Medicamento	Requerimientos/ Límites
SOMATULINE DEPOT SUBCUTANEOUS SYRINGE 90 MG/0.3 (lanreotide) ML	PA NSO; NM; QL (0.3 per 28 days)
SOMAVERT SUBCUTANEOUS RECON SOLN 10 MG, 15 MG, 20 MG, 25 MG, 30 MG	PA; NM
Progestinas	
DEPO-SUBQ PROVERA 104 SUBCUTANEOUS SYRINGE 104 MG/0.65 ML	QL (0.65 per 84 days)
<i>gallifrey oral tablet 5 mg</i> (norethindrone acetate)	
<i>medroxyprogesterone intramuscular suspension 150 mg/ml</i> (Depo-Provera)	QL (1 per 84 days)
<i>medroxyprogesterone intramuscular syringe 150 mg/ml</i> (Depo-Provera)	QL (1 per 84 days)
<i>medroxyprogesterone oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i> (Provera)	
<i>megestrol oral suspension 400 mg/10 ml (40 mg/ml), 625 mg/5 ml (125 mg/ml)</i>	PA-HRM; AGE (Max 64 Years)
<i>norethindrone acetate oral tablet 5 mg</i> (Gallifrey)	
<i>progesterone micronized oral capsule 100 mg, 200 mg</i> (Prometrium)	
Agentes Inmunológicos	
Agentes Inmunológicos	
ACTEMRA ACTPEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 162 MG/0.9 ML	PA; NM
ACTEMRA INTRAVENOUS SOLUTION 200 MG/10 ML (20 MG/ML), 400 MG/20 ML (20 MG/ML), 80 MG/4 ML (20 MG/ML)	PA; NM
ACTEMRA SUBCUTANEOUS SYRINGE 162 MG/0.9 ML	PA; NM
ARCALYST SUBCUTANEOUS RECON SOLN 220 MG	PA; NM

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento

06/01/2025

Nombre del Medicamento	Requerimientos/ Límites
ASTAGRAF XL ORAL CAPSULE,EXTENDED RELEASE (tacrolimus) 24HR 0.5 MG, 1 MG	PA BvD
ASTAGRAF XL ORAL CAPSULE,EXTENDED RELEASE (tacrolimus) 24HR 5 MG	PA BvD; NM
<i>azathioprine oral tablet 50 mg</i> (Imuran)	PA BvD
<i>azathioprine sodium injection recon soln 100 mg</i>	PA BvD
BENLYSTA SUBCUTANEOUS AUTO- INJECTOR 200 MG/ML	PA; NM; QL (8 per 28 days)
BENLYSTA SUBCUTANEOUS SYRINGE 200 MG/ML	PA; NM; QL (8 per 28 days)
BESREMI SUBCUTANEOUS SYRINGE 500 MCG/ML	PA NSO; NM; QL (2 per 28 days)
CIMZIA POWDER FOR RECONST SUBCUTANEOUS KIT 400 MG (200 MG X 2 VIALS)	PA; NM
CIMZIA SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 400 MG/2 ML (200 MG/ML X 2)	PA; NM
COSENTYX (2 SYRINGES) SUBCUTANEOUS SYRINGE 150 MG/ML	PA; NM
COSENTYX PEN (2 PENS) SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 150 MG/ML	PA; NM
COSENTYX SUBCUTANEOUS SYRINGE 75 MG/0.5 ML	PA; NM
COSENTYX UNOREADY PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 300 MG/2 ML	PA; NM
<i>cyclosporine intravenous solution 250 mg/5 ml</i> (Sandimmune)	PA BvD
<i>cyclosporine modified oral capsule 100 mg, 25 mg</i> (Gengraf)	PA BvD
<i>cyclosporine modified oral capsule 50 mg</i>	PA BvD

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento

06/01/2025

Nombre del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>cyclosporine modified oral solution 100 mg/ml</i> (Gengraf)	PA BvD
<i>cyclosporine oral capsule 100 mg, 25 mg</i> (Sandimmune)	PA BvD
CYLTEZO(CF) PEN CROHN'S-UC-HS SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT (adalimumab-adbm) 40 MG/0.4 ML, 40 MG/0.8 ML	PA; NM
CYLTEZO(CF) PEN PSORIASIS-UV SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT (adalimumab-adbm) 40 MG/0.4 ML, 40 MG/0.8 ML	PA; NM
CYLTEZO(CF) PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 40 MG/0.4 ML, 40 (adalimumab-adbm) MG/0.8 ML	PA; NM
CYLTEZO(CF) SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 10 MG/0.2 ML, 20 (adalimumab-adbm) MG/0.4 ML, 40 MG/0.4 ML, 40 MG/0.8 ML	PA; NM
DUPIXENT PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 200 MG/1.14 ML, 300 MG/2 ML	PA; NM
DUPIXENT SYRINGE SUBCUTANEOUS SYRINGE 100 MG/0.67 ML, 200 MG/1.14 ML, 300 MG/2 ML	PA; NM
ENBREL MINI SUBCUTANEOUS CARTRIDGE 50 MG/ML (1 ML)	PA; NM
ENBREL SUBCUTANEOUS RECON SOLN 25 MG (1 ML)	PA; NM
ENBREL SUBCUTANEOUS SOLUTION 25 MG/0.5 ML	PA; NM
ENBREL SUBCUTANEOUS SYRINGE 25 MG/0.5 ML (0.5), 50 MG/ML (1 ML)	PA; NM
ENBREL SURECLICK SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 50 MG/ML (1 ML)	PA; NM
<i>everolimus (immunosuppressive) oral tablet 0.25 mg, 0.5 mg, 0.75 mg, 1 mg</i> (Zortress)	PA BvD; NM

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento

06/01/2025

Nombre del Medicamento	Requerimientos/ Límites
GAMUNEX-C INJECTION SOLUTION 1 GRAM/10 ML (10 %)	PA BvD; NM
<i>gengraf oral capsule 100 mg, 25 mg</i> (cyclosporine modified)	PA BvD
<i>gengraf oral solution 100 mg/ml</i> (cyclosporine modified)	PA BvD
HUMIRA PEN CROHNS-UC-HS START SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 40 MG/0.8 ML	PA; NM; Only NDCs starting with 00074
HUMIRA PEN PSOR-UVEITS-ADOL HS SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 40 MG/0.8 ML	PA; NM; Only NDCs starting with 00074
HUMIRA PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 40 MG/0.8 ML	PA; NM; Only NDCs starting with 00074
HUMIRA SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 40 MG/0.8 ML	PA; NM; Only NDCs starting with 00074
HUMIRA(CF) PEDI CROHNS STARTER SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 80 MG/0.8 ML, 80 MG/0.8 ML-40 MG/0.4 ML	PA; NM; Only NDCs starting with 00074
HUMIRA(CF) PEN CROHNS-UC-HS SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 80 MG/0.8 ML	PA; NM; Only NDCs starting with 00074
HUMIRA(CF) PEN PEDIATRIC UC SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 80 MG/0.8 ML	PA; NM
HUMIRA(CF) PEN PSOR-UV-ADOL HS SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 80 MG/0.8 ML-40 MG/0.4 ML	PA; NM; Only NDCs starting with 00074
HUMIRA(CF) PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 40 MG/0.4 ML, 80 MG/0.8 ML	PA; NM; Only NDCs starting with 00074
HUMIRA(CF) SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 10 MG/0.1 ML, 20 MG/0.2 ML, 40 MG/0.4 ML	PA; NM; Only NDCs starting with 00074
<i>infliximab intravenous recon soln 100 mg</i> (Remicade)	PA; NM
KINERET SUBCUTANEOUS SYRINGE 100 MG/0.67 ML	PA; NM

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento

06/01/2025

Nombre del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>leflunomide oral tablet 10 mg, 20 mg</i> (Arava)	
<i>mycophenolate mofetil (hcl) intravenous recon soln 500 mg</i> (CellCept Intravenous)	PA BvD
<i>mycophenolate mofetil oral capsule 250 mg</i> (CellCept)	PA BvD
<i>mycophenolate mofetil oral suspension for reconstitution 200 mg/ml</i> (CellCept)	PA BvD; NM
<i>mycophenolate mofetil oral tablet 500 mg</i> (CellCept)	PA BvD
<i>mycophenolate sodium oral tablet, delayed release (dr/ec) 180 mg, 360 mg</i> (Myfortic)	PA BvD
NIKTIMVO INTRAVENOUS SOLUTION 50 MG/ML	PA NSO; NM
NULOJIX INTRAVENOUS RECON SOLN 250 MG	PA BvD; NM
ORENCIA (WITH MALTOSE) INTRAVENOUS RECON SOLN 250 MG	PA; NM
ORENCIA CLICKJECT SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 125 MG/ML	PA; NM
ORENCIA SUBCUTANEOUS SYRINGE 125 MG/ML, 50 MG/0.4 ML, 87.5 MG/0.7 ML	PA; NM
OTEZLA ORAL TABLET 20 MG, 30 MG	PA; NM
OTEZLA STARTER ORAL TABLETS, DOSE PACK 10 MG (4)- 20 MG (51), 10 MG (4)-20 MG (4)-30 MG (47), 10 MG (4)-20 MG (4)-30 MG(19)	PA; NM
PROGRAF INTRAVENOUS SOLUTION 5 MG/ML	PA BvD
PROGRAF ORAL GRANULES IN PACKET 0.2 MG, 1 MG	PA BvD

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento

06/01/2025

Nombre del Medicamento	Requerimientos/ Límites
RASUVO (PF) SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 10 MG/0.2 ML, 12.5 MG/0.25 ML, 15 MG/0.3 ML, 17.5 MG/0.35 ML, 20 MG/0.4 ML, 22.5 MG/0.45 ML, 25 MG/0.5 ML, 30 MG/0.6 ML, 7.5 MG/0.15 ML	ST
REZUROCK ORAL TABLET 200 MG	PA NSO; NM
RINVOQ LQ ORAL SOLUTION 1 MG/ML	PA; NM; QL (360 per 30 days)
RINVOQ ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 15 MG, 30 MG, 45 MG	PA; NM
SELARSDI INTRAVENOUS SOLUTION 130 MG/26 ML	PA; NM
SELARSDI SUBCUTANEOUS SYRINGE 45 MG/0.5 ML (ustekinumab-aekn)	PA
SELARSDI SUBCUTANEOUS SYRINGE 90 MG/ML (ustekinumab-aekn)	PA; NM
<i>sirolimus oral solution 1 mg/ml</i>	PA BvD; NM
<i>sirolimus oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	PA BvD
SKYRIZI INTRAVENOUS SOLUTION 60 MG/ML	PA; NM
SKYRIZI SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 150 MG/ML	PA; NM
SKYRIZI SUBCUTANEOUS SYRINGE 150 MG/ML, 75 MG/0.83 ML	PA; NM
SKYRIZI SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 150MG/1.66ML(75 MG/0.83 ML X2)	PA; NM
SKYRIZI SUBCUTANEOUS WEARABLE INJECTOR 180 MG/1.2 ML (150 MG/ML), 360 MG/2.4 ML (150 MG/ML)	PA; NM
STELARA INTRAVENOUS SOLUTION (ustekinumab) 130 MG/26 ML	PA; NM
STELARA SUBCUTANEOUS SOLUTION 45 MG/0.5 ML (ustekinumab)	PA; NM

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento

06/01/2025

Nombre del Medicamento	Requerimientos/ Límites
STELARA SUBCUTANEOUS SYRINGE 45 MG/0.5 ML, 90 MG/ML (ustekinumab)	PA; NM
<i>tacrolimus oral capsule 0.5 mg, 1 mg, 5 mg</i> (Prograf)	PA BvD
TAVNEOS ORAL CAPSULE 10 MG	PA; NM; QL (180 per 30 days)
TREMFYA INTRAVENOUS SOLUTION 200 MG/20 ML (10 MG/ML)	PA; NM
TREMFYA PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 200 MG/2 ML	PA; NM
TREMFYA SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 100 MG/ML	PA; NM
TREMFYA SUBCUTANEOUS SYRINGE 100 MG/ML, 200 MG/2 ML	PA; NM
TYENNE AUTOINJECTOR SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 162 MG/0.9 ML	PA; NM
TYENNE INTRAVENOUS SOLUTION 200 MG/10 ML (20 MG/ML), 400 MG/20 ML (20 MG/ML), 80 MG/4 ML (20 MG/ML)	PA; NM
TYENNE SUBCUTANEOUS SYRINGE 162 MG/0.9 ML	PA; NM
XELJANZ ORAL SOLUTION 1 MG/ML	PA; NM
XELJANZ ORAL TABLET 10 MG, 5 MG	PA; NM
XELJANZ XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 11 MG, 22 MG	PA; NM
YESINTEK INTRAVENOUS SOLUTION 130 MG/26 ML	PA; NM
YESINTEK SUBCUTANEOUS SOLUTION 45 MG/0.5 ML	PA
YESINTEK SUBCUTANEOUS SYRINGE 45 MG/0.5 ML	PA
YESINTEK SUBCUTANEOUS SYRINGE 90 MG/ML	PA; NM

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento

06/01/2025

Nombre del Medicamento	Requerimientos/ Límites
YUFLYMA(CF) AI CROHN'S-UC-HS SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR, (adalimumab-aaty) KIT 80 MG/0.8 ML	PA; NM
YUFLYMA(CF) AUTOINJECTOR SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR, (adalimumab-aaty) KIT 40 MG/0.4 ML, 80 MG/0.8 ML	PA; NM
YUFLYMA(CF) SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 20 MG/0.2 ML, 40 (adalimumab-aaty) MG/0.4 ML	PA; NM
Vacunas	
ABRYSVO (PF) INTRAMUSCULAR RECON SOLN 120 MCG/0.5 ML	\$0 copay
ACTHIB (PF) INTRAMUSCULAR RECON SOLN 10 MCG/0.5 ML	
ADACEL(TDAP ADOLESN/ADULT)(PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 2 LF-(2.5-5-3-5 MCG)-5LF/0.5 ML	\$0 copay
ADACEL(TDAP ADOLESN/ADULT)(PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 2 LF- (2.5-5-3-5 MCG)-5LF/0.5 ML	\$0 copay
AREXVY (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 120 MCG/0.5 ML	\$0 copay
AREXVY ANTIGEN COMPONENT 120 MCG	\$0 copay
BCG VACCINE, LIVE (PF) PERCUTANEOUS SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 50 MG	\$0 copay
BEXSERO INTRAMUSCULAR SYRINGE 50-50-50-25 MCG/0.5 ML	\$0 copay
BOOSTRIX TDAP INTRAMUSCULAR SUSPENSION 2.5-8-5 LF-MCG- LF/0.5ML	\$0 copay

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento

06/01/2025

Nombre del Medicamento	Requerimientos/ Límites
BOOSTRIX TDAP INTRAMUSCULAR SYRINGE 2.5-8-5 LF-MCG-LF/0.5ML	\$0 copay
DAPTACEL (DTAP PEDIATRIC) (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 15-10-5 LF-MCG-LF/0.5ML	
DENGIVAXIA (PF) SUBCUTANEOUS SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 10EXP4.5-6 CCID50/0.5 ML	QL (3 per 365 days)
ENGRIX-B (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 20 MCG/ML	PA BvD; \$0 copay
ENGRIX-B (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 20 MCG/ML	PA BvD; \$0 copay
ENGRIX-B PEDIATRIC (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 10 MCG/0.5 ML	PA BvD; \$0 copay
GARDASIL 9 (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 0.5 ML	\$0 copay
GARDASIL 9 (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 0.5 ML	\$0 copay
HAVRIX (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 1,440 ELISA UNIT/ML	\$0 copay
HAVRIX (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 720 ELISA UNIT/0.5 ML	
HEPLISAV-B (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 20 MCG/0.5 ML	PA BvD; \$0 copay
HIBERIX (PF) INTRAMUSCULAR RECON SOLN 10 MCG/0.5 ML	
IMOVAX RABIES VACCINE (PF) INTRAMUSCULAR RECON SOLN 2.5 UNIT	PA BvD; \$0 copay
INFANRIX (DTAP) (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 25-58-10 LF-MCG-LF/0.5ML	
IPOL INJECTION SUSPENSION 40-8-32 UNIT/0.5 ML	\$0 copay

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento

06/01/2025

Nombre del Medicamento	Requerimientos/ Límites
IXCHIQ (PF) INTRAMUSCULAR RECON SOLN 1,000 TCID50/0.5 ML	\$0 copay
IXIARO (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 6 MCG/0.5 ML	\$0 copay
JYNNEOS (PF) SUBCUTANEOUS SUSPENSION 0.5X TO 3.95X 10EXP8 UNIT/0.5	\$0 copay
KINRIX (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 25 LF-58 MCG-10 LF/0.5 ML	
MENACTRA (PF) INTRAMUSCULAR SOLUTION 4 MCG/0.5 ML	\$0 copay
MENQUADFI (PF) INTRAMUSCULAR SOLUTION 10 MCG/0.5 ML	\$0 copay
MENVEO A-C-Y-W-135-DIP (PF) INTRAMUSCULAR KIT 10-5 MCG/0.5 ML	\$0 copay
M-M-R II (PF) SUBCUTANEOUS RECON SOLN 1,000-12,500 TCID50/0.5 ML	\$0 copay
MRESVIA (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 50 MCG/0.5 ML	\$0 copay
PEDIARIX (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 10 MCG-25LF-25 MCG- 10LF/0.5 ML	
PEDVAX HIB (PF) INTRAMUSCULAR SOLUTION 7.5 MCG/0.5 ML	
PENBRAYA (PF) INTRAMUSCULAR KIT 5-120 MCG/0.5 ML	\$0 copay
PENBRAYA MENACWY COMPONENT(PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 5 MCG/0.5 ML	\$0 copay
PENBRAYA MENB COMPONENT (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 120 MCG/0.5 ML	\$0 copay

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento

06/01/2025

Nombre del Medicamento	Requerimientos/ Límites
PENTACEL (PF) INTRAMUSCULAR KIT 15 LF UNIT-20 MCG-5 LF/0.5 ML, 15LF-20MCG-5LF- 62 DU/0.5 ML	
PREHEVBRIO (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 10 MCG/ML	PA BvD; \$0 copay
PRIORIX (PF) SUBCUTANEOUS SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 10EXP3.4-4.2- 3.3CCID50/0.5ML	\$0 copay
PROQUAD (PF) SUBCUTANEOUS SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 10EXP3-4.3-3- 3.99 TCID50/0.5	
QUADRACEL (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 15 LF-48 MCG- 5 LF UNIT/0.5ML	
QUADRACEL (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 15 LF-48 MCG- 5 LF UNIT/0.5ML	
RABAVERT (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 2.5 UNIT	PA BvD; \$0 copay
RECOMBIVAX HB (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 10 MCG/ML, 40 MCG/ML, 5 MCG/0.5 ML	PA BvD; \$0 copay
RECOMBIVAX HB (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 10 MCG/ML, 5 MCG/0.5 ML	PA BvD; \$0 copay
ROTARIX ORAL SUSPENSION 10EXP6 CCID50 /1.5 ML	
ROTARIX ORAL SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 10EXP6 CCID50/ML	
ROTATEQ VACCINE ORAL SOLUTION 2 ML	
SHINGRIX (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 50 MCG/0.5 ML	\$0 copay; QL (2 per 365 days)

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento

06/01/2025

Nombre del Medicamento	Requerimientos/ Límites
TDVAX INTRAMUSCULAR SUSPENSION 2-2 LF UNIT/0.5 ML	(tetanus-diphtheria toxoids-td) \$0 copay
TENIVAC (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 5 LF UNIT- 2 LF UNIT/0.5ML	\$0 copay
TENIVAC (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 5-2 LF UNIT/0.5 ML	\$0 copay
TETANUS,DIPHTHERIA TOX PED(PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 5-25 LF UNIT/0.5 ML	
TICOVAC INTRAMUSCULAR SYRINGE 1.2 MCG/0.25 ML	
TICOVAC INTRAMUSCULAR SYRINGE 2.4 MCG/0.5 ML	\$0 copay
TRUMENBA INTRAMUSCULAR SYRINGE 120 MCG/0.5 ML	\$0 copay
TWINRIX (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 720 ELISA UNIT- 20 MCG/ML	\$0 copay
TYPHIM VI INTRAMUSCULAR SOLUTION 25 MCG/0.5 ML	\$0 copay
TYPHIM VI INTRAMUSCULAR SYRINGE 25 MCG/0.5 ML	(typhoid vi polysacch vaccine) \$0 copay
VAQTA (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 25 UNIT/0.5 ML	
VAQTA (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 50 UNIT/ML	\$0 copay
VAQTA (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 25 UNIT/0.5 ML	
VAQTA (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 50 UNIT/ML	\$0 copay
VARIVAX (PF) SUBCUTANEOUS SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 1,350 UNIT/0.5 ML	\$0 copay

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento

06/01/2025

Nombre del Medicamento	Requerimientos/ Límites
VAXCHORA VACCINE ORAL SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 4X10EXP8 TO 2X 10EXP9 CF UNIT	\$0 copay
VIMKUNYA INTRAMUSCULAR SYRINGE 40 MCG/0.8 ML	\$0 copay
VIVOTIF ORAL CAPSULE,DELAYED RELEASE(DR/EC) 2 BILLION UNIT	\$0 copay
YF-VAX (PF) SUBCUTANEOUS SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 10 EXP4.74 UNIT/0.5 ML, 10 EXP4.74 UNIT/0.5 ML(2.5 ML IN 1 VIAL)	\$0 copay
Agentes Oftálmicos	
Agentes Antiglaucoma	
acetazolamide oral capsule, extended release 500 mg	
acetazolamide oral tablet 125 mg, 250 mg	
acetazolamide sodium injection recon soln 500 mg	
betaxolol ophthalmic (eye) drops 0.5 %	
bimatoprost ophthalmic (eye) drops 0.03 %	QL (2.5 per 25 days)
brimonidine ophthalmic (eye) drops 0.1 %, (Alphagan P) 0.15 %	
brimonidine ophthalmic (eye) drops 0.2 %	
brimonidine-timolol ophthalmic (eye) (Combigan) drops 0.2-0.5 %	
brinzolamide ophthalmic (eye) (Azopt) drops,suspension 1 %	
carteolol ophthalmic (eye) drops 1 %	
dorzolamide ophthalmic (eye) drops 2 %	
dorzolamide-timolol ophthalmic (eye) (Cosopt) drops 22.3-6.8 mg/ml	
latanoprost ophthalmic (eye) drops 0.005 (Xalatan) %	QL (2.5 per 25 days)
levobunolol ophthalmic (eye) drops 0.5 %	

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento

06/01/2025

Nombre del Medicamento	Requerimientos/ Límites
LUMIGAN OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.01 %	QL (2.5 per 25 days)
<i>methazolamide oral tablet 25 mg, 50 mg</i>	
<i>pilocarpine hcl ophthalmic (eye) drops 1 % , 2 % , 4 %</i>	
RHOPRESSA OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.02 %	QL (2.5 per 25 days)
ROCKLATAN OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.02-0.005 %	QL (2.5 per 25 days)
SIMBRINZA OPHTHALMIC (EYE) DROPS,SUSPENSION 1-0.2 %	
<i>tafluprost (pf) ophthalmic (eye) dropperette 0.0015 %</i> (Zioptan (PF))	QL (30 per 30 days)
<i>timolol maleate ophthalmic (eye) drops 0.25 % , 0.5 %</i>	
<i>timolol ophthalmic (eye) drops 0.5 %</i> (Betimol)	
<i>travoprost ophthalmic (eye) drops 0.004 %</i> (Travatan Z)	QL (2.5 per 25 days)
VYZULTA OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.024 %	QL (5 per 30 days)
Agentes Para Los Ojos, Oídos, Nariz, Garganta	
Agentes Antiinfecciosos De Ojos, Oídos, Nariz Y Garganta	
<i>acetic acid otic (ear) solution 2 %</i>	
<i>bacitracin ophthalmic (eye) ointment 500 unit/gram</i>	
<i>bacitracin-polymyxin b ophthalmic (eye) ointment 500-10,000 unit/gram</i> (Polycin)	
<i>ciprofloxacin hcl ophthalmic (eye) drops 0.3 %</i>	
<i>ciprofloxacin-dexamethasone otic (ear) drops,suspension 0.3-0.1 %</i>	QL (7.5 per 7 days)
<i>erythromycin ophthalmic (eye) ointment 5 mg/gram (0.5 %)</i>	QL (3.5 per 4 days)

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento

06/01/2025

Nombre del Medicamento	Requerimientos/ Límites
gentak ophthalmic (eye) ointment 0.3 % (3 mg/gram)	
gentamicin ophthalmic (eye) drops 0.3 %	
hydrocortisone-acetic acid otic (ear) drops 1-2 %	
moxifloxacin ophthalmic (eye) drops 0.5 % (Vigamox)	
NATACYN OPHTHALMIC (EYE) DROPS,SUSPENSION 5 %	
neomycin-bacitracin-poly-hc ophthalmic (eye) ointment 3.5-400-10,000 mg-unit/g-1% (Neo-Polycin HC)	
neomycin-bacitracin-polymyxin ophthalmic (eye) ointment 3.5-400-10,000 mg-unit-unit/g (Neo-Polycin)	
neomycin-polymyxin b-dexameth ophthalmic (eye) drops,suspension 3.5mg/ml-10,000 unit/ml-0.1 % (Maxitrol)	
neomycin-polymyxin b-dexameth ophthalmic (eye) ointment 3.5 mg/g-10,000 unit/g-0.1 % (Maxitrol)	
neomycin-polymyxin-gramicidin ophthalmic (eye) drops 1.75 mg-10,000 unit-0.025mg/ml	
neomycin-polymyxin-hc otic (ear) drops,suspension 3.5-10,000-1 mg/ml-unit/ml-%	
neomycin-polymyxin-hc otic (ear) solution 3.5-10,000-1 mg/ml-unit/ml-%	
neo-polycin hc ophthalmic (eye) ointment 3.5-400-10,000 mg-unit/g-1% (neomycin-bacitracin-poly-hc)	
neo-polycin ophthalmic (eye) ointment 3.5-400-10,000 mg-unit-unit/g (neomycin-bacitracin-polymyxin)	
ofloxacin ophthalmic (eye) drops 0.3 % (Ocuflox)	
ofloxacin otic (ear) drops 0.3 %	

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento

06/01/2025

Nombre del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>polycin ophthalmic (eye) ointment 500-10,000 unit/gram</i> (bacitracin-polymyxin b)	
<i>polymyxin b sulf-trimethoprim ophthalmic (eye) drops 10,000 unit- 1 mg/ml</i>	
<i>sulfacetamide sodium ophthalmic (eye) drops 10 %</i>	
<i>sulfacetamide sodium ophthalmic (eye) ointment 10 %</i>	
<i>sulfacetamide-prednisolone ophthalmic (eye) drops 10 %-0.23 % (0.25 %)</i>	
<i>tobramycin ophthalmic (eye) drops 0.3 %</i>	
<i>tobramycin-dexamethasone ophthalmic (eye) drops,suspension 0.3-0.1 %</i>	
<i>trifluridine ophthalmic (eye) drops 1 %</i>	
XDEMVI OPTHALMIC (EYE) DROPS 0.25 %	PA; NM; QL (10 per 42 days)
ZIRGAN OPTHALMIC (EYE) GEL 0.15 %	
ZYLET OPTHALMIC (EYE) DROPS,SUSPENSION 0.3-0.5 %	
Agentes Antiinflamatorios De Ojos, Oídos, Nariz Y Garganta	
ALREX OPTHALMIC (EYE) DROPS,SUSPENSION 0.2 % (loteprednol etabonate)	ST
<i>bromfenac ophthalmic (eye) drops 0.07 %</i> (Prolensa)	
<i>bromfenac ophthalmic (eye) drops 0.075 %</i> (BromSite)	
<i>bromfenac ophthalmic (eye) drops 0.09 %</i>	
<i>cyclosporine ophthalmic (eye) dropperette 0.05 %</i> (Restasis)	QL (60 per 30 days)
<i>dexamethasone sodium phosphate ophthalmic (eye) drops 0.1 %</i>	
<i>diclofenac sodium ophthalmic (eye) drops 0.1 %</i>	

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento

06/01/2025

Nombre del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>difluprednate ophthalmic (eye) drops 0.05 %</i> (Durezol)	
EYSUVIS OPHTHALMIC (EYE) DROPS,SUSPENSION 0.25 %	QL (8.3 per 14 days)
<i>flunisolide nasal spray,non-aerosol 25 mcg (0.025 %)</i>	QL (50 per 25 days)
<i>fluocinolone acetonide oil otic (ear) drops 0.01 %</i> (DermOtic Oil)	
<i>fluorometholone ophthalmic (eye) drops,suspension 0.1 %</i> (FML Liquifilm)	
<i>flurbiprofen sodium ophthalmic (eye) drops 0.03 %</i>	
<i>fluticasone propionate nasal spray,suspension 50 mcg/actuation</i> (24 Hour Allergy Relief)	QL (16 per 30 days)
ILEVRO OPHTHALMIC (EYE) DROPS,SUSPENSION 0.3 %	
INVELTYS OPHTHALMIC (EYE) DROPS,SUSPENSION 1 %	QL (5.6 per 14 days)
<i>ketorolac ophthalmic (eye) drops 0.5 %</i> (Acular)	QL (10 per 25 days)
LOTEMAX OPHTHALMIC (EYE) OINTMENT 0.5 %	QL (3.5 per 14 days)
LOTEMAX SM OPHTHALMIC (EYE) DROPS,GEL 0.38 %	QL (5 per 16 days)
<i>loteprednol etabonate ophthalmic (eye) drops,gel 0.5 %</i> (Lotemax)	QL (10 per 14 days)
<i>loteprednol etabonate ophthalmic (eye) drops,suspension 0.2 %</i> (Alrex)	ST
<i>loteprednol etabonate ophthalmic (eye) drops,suspension 0.5 %</i>	QL (15 per 19 days)
<i>mometasone nasal spray,non-aerosol 50 mcg/actuation</i> (Allergy Nasal (mometasone))	QL (34 per 30 days)
<i>prednisolone acetate ophthalmic (eye) drops,suspension 1 %</i> (Pred Forte)	
XIIDRA OPHTHALMIC (EYE) DROPPERETTE 5 %	QL (60 per 30 days)

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento

06/01/2025

Nombre del Medicamento	Requerimientos/ Límites
Agentes De Ojos, Oídos, Nariz Y Garganta, Varios	
<i>atropine ophthalmic (eye) drops 1 %</i> (Isopto Atropine)	
<i>azelastine nasal spray,non-aerosol 137 mcg (0.1 %)</i>	QL (60 per 30 days)
<i>azelastine nasal spray,non-aerosol 205.5 mcg (0.15 %)</i> (Astepro Allergy)	QL (30 per 25 days)
<i>azelastine ophthalmic (eye) drops 0.05 %</i>	
<i>cromolyn ophthalmic (eye) drops 4 %</i>	
<i>epinastine ophthalmic (eye) drops 0.05 %</i>	
<i>ipratropium bromide nasal spray,non-aerosol 21 mcg (0.03 %)</i>	QL (30 per 28 days)
<i>ipratropium bromide nasal spray,non-aerosol 42 mcg (0.06 %)</i>	QL (15 per 10 days)
MIEBO (PF) OPHTHALMIC (EYE) DROPS 100 %	QL (12 per 28 days)
<i>olopatadine ophthalmic (eye) drops 0.1 %</i> (Eye Allergy Itch-Redness Rlf)	
<i>olopatadine ophthalmic (eye) drops 0.2 %</i> (Eye Allergy Itch Relief)	
Agentes Terapeuticos Misceláneos	
Agentes Terapeuticos Misceláneos	
ACTIMMUNE SUBCUTANEOUS SOLUTION 100 MCG/0.5 ML	PA; NM
BAQSIMI NASAL SPRAY, NON-AEROSOL 3 MG/ACTUATION	
<i>betaine oral powder 1 gram/scoop</i> (Cystadane)	PA; NM
<i>buspirone oral tablet 10 mg, 15 mg, 30 mg, 5 mg, 7.5 mg</i>	
COSENTYX INTRAVENOUS SOLUTION 25 MG/ML	PA; NM
<i>diazoxide oral suspension 50 mg/ml</i> (Proglycem)	
<i>glutamine (sickle cell) oral powder in packet 5 gram</i> (Endari)	PA; NM; QL (180 per 30 days)

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento

06/01/2025

Nombre del Medicamento	Requerimientos/ Límites
GVOKE HYPOPEN 2-PACK SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 0.5 MG/0.1 ML, 1 MG/0.2 ML	
GVOKE PFS 1-PACK SYRINGE SUBCUTANEOUS SYRINGE 1 MG/0.2 ML	
GVOKE PFS 2-PACK SYRINGE SUBCUTANEOUS SYRINGE 0.5 MG/0.1 ML	
GVOKE SUBCUTANEOUS SOLUTION 1 MG/0.2 ML	
<i>hydroxyzine pamoate oral capsule 25 mg, 50 mg</i>	
<i>leucovorin calcium oral tablet 10 mg, 15 mg, 25 mg, 5 mg</i>	
<i>mesna oral tablet 400 mg</i> (Mesnex)	NM
<i>nitroglycerin rectal ointment 0.4 % (w/w)</i> (Rectiv)	QL (30 per 30 days)
<i>pyridostigmine bromide oral tablet 60 mg</i> (Mestinon)	
THALOMID ORAL CAPSULE 100 MG, 150 MG, 200 MG, 50 MG	PA NSO; NM; QL (56 per 28 days)
TYBOST ORAL TABLET 150 MG	QL (30 per 30 days)
VEOZAH ORAL TABLET 45 MG	PA; QL (30 per 30 days)
VOWST ORAL CAPSULE	PA; NM; QL (12 per 30 days)
ZEGALOGUE AUTOINJECTOR SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 0.6 MG/0.6 ML	
ZEGALOGUE SYRINGE SUBCUTANEOUS SYRINGE 0.6 MG/0.6 ML	
Agentes Vasodilatadores	
Agentes Vasodilatadores	
ADEMPAS ORAL TABLET 0.5 MG, 1 MG, 1.5 MG, 2 MG, 2.5 MG	PA; NM; QL (90 per 30 days)
<i>alyq oral tablet 20 mg</i> (tadalafil (pulm. hypertension))	PA; QL (60 per 30 days)

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento

06/01/2025

Nombre del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>bosentan oral tablet 125 mg, 62.5 mg</i> (Tracleer)	PA; NM; LA; QL (60 per 30 days)
OPSUMIT ORAL TABLET 10 MG	PA; NM; QL (30 per 30 days)
<i>sildenafil (pulm.hypertension) oral tablet 20 mg</i> (Revatio)	PA; QL (360 per 30 days)
<i>tadalafil oral tablet 2.5 mg</i>	PA
<i>tadalafil oral tablet 5 mg</i> (Cialis)	PA
UPTRAVI INTRAVENOUS RECON SOLN 1,800 MCG	PA; NM; QL (60 per 30 days)
UPTRAVI ORAL TABLET 1,000 MCG, 1,200 MCG, 1,400 MCG, 1,600 MCG, 400 MCG, 600 MCG, 800 MCG	PA; NM; QL (60 per 30 days)
UPTRAVI ORAL TABLET 200 MCG	PA; NM; QL (240 per 30 days)
UPTRAVI ORAL TABLETS,DOSE PACK 200 MCG (140)- 800 MCG (60)	PA; NM
Analgésicos	
Agentes Antiinflamatorios No Esteroideos	
<i>celecoxib oral capsule 100 mg, 200 mg, 400 mg, 50 mg</i> (Celebrex)	QL (60 per 30 days)
<i>diclofenac epolamine transdermal patch 12 hour 1.3 %</i> (Flector)	PA; QL (60 per 30 days)
<i>diclofenac potassium oral tablet 50 mg</i>	QL (120 per 30 days)
<i>diclofenac sodium oral tablet extended release 24 hr 100 mg</i>	
<i>diclofenac sodium oral tablet,delayed release (dr/ec) 25 mg</i>	
<i>diclofenac sodium oral tablet,delayed release (dr/ec) 50 mg</i>	QL (120 per 30 days)
<i>diclofenac sodium oral tablet,delayed release (dr/ec) 75 mg</i>	QL (60 per 30 days)
<i>diclofenac sodium topical drops 1.5 %</i>	QL (300 per 30 days)
<i>diclofenac sodium topical gel 1 %</i> (Arthritis Pain (diclofenac))	QL (1000 per 30 days)

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento

06/01/2025

Nombre del Medicamento		Requerimientos/ Límites
<i>diclofenac sodium topical solution in metered-dose pump 20 mg/gram /actuation(2 %)</i>	(Pennsaid)	PA; NM; QL (224 per 28 days)
<i>diclofenac-misoprostol oral tablet,ir,delayed rel,biphasic 50-200 mg-mcg</i>	(Arthrotec 50)	
<i>diclofenac-misoprostol oral tablet,ir,delayed rel,biphasic 75-200 mg-mcg</i>	(Arthrotec 75)	
<i>ec-naproxen dr 375 mg tablet</i>	(naproxen)	
<i>etodolac oral capsule 200 mg, 300 mg</i>		
<i>etodolac oral tablet 400 mg</i>	(Lodine)	
<i>etodolac oral tablet 500 mg</i>		
<i>flurbiprofen oral tablet 100 mg</i>	(Lurbipr)	
<i>ibu oral tablet 400 mg</i>	(ibuprofen)	QL (240 per 30 days)
<i>ibu oral tablet 600 mg, 800 mg</i>	(ibuprofen)	
<i>ibuprofen oral tablet 400 mg</i>	(IBU)	QL (240 per 30 days)
<i>ibuprofen oral tablet 600 mg, 800 mg</i>	(IBU)	
<i>indomethacin oral capsule 25 mg, 50 mg</i>		PA-HRM; AGE (Max 64 Years)
<i>ketorolac oral tablet 10 mg</i>		PA-HRM; QL (20 per 30 days); AGE (Max 64 Years)
<i>meloxicam oral tablet 15 mg, 7.5 mg</i>		
<i>nabumetone oral tablet 500 mg, 750 mg</i>		
<i>naproxen oral tablet 250 mg, 375 mg</i>		
<i>naproxen oral tablet 500 mg</i>	(Naprosyn)	
<i>naproxen oral tablet,delayed release (dr/ec) 375 mg</i>	(EC-Naprosyn)	
<i>sulindac oral tablet 150 mg, 200 mg</i>		
Analgésicos, Varios		
<i>acetaminophen-codeine oral solution 120-12 mg/5 ml</i>		NM; NDS; QL (4500 per 30 days)
<i>acetaminophen-codeine oral tablet 300-15 mg, 300-30 mg</i>		NM; NDS; QL (360 per 30 days)
<i>acetaminophen-codeine oral tablet 300-60 mg</i>		NM; NDS; QL (180 per 30 days)

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento

06/01/2025

Nombre del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>buprenorphine transdermal patch weekly</i> 10 mcg/hour, 15 mcg/hour, 20 mcg/hour, 5 (Butrans) mcg/hour, 7.5 mcg/hour	NM; NDS; QL (4 per 28 days)
<i>butalbital-acetaminop-caf-cod oral capsule 50-325-40-30 mg</i>	PA-HRM; NM; NDS; QL (180 per 30 days); AGE (Max 64 Years)
<i>butalbital-acetaminophen-caff oral capsule 50-300-40 mg</i> (Fioricet)	PA-HRM; QL (180 per 30 days); AGE (Max 64 Years)
<i>butalbital-acetaminophen-caff oral capsule 50-325-40 mg</i>	PA-HRM; QL (180 per 30 days); AGE (Max 64 Years)
<i>butalbital-acetaminophen-caff oral tablet 50-325-40 mg</i>	PA-HRM; QL (180 per 30 days); AGE (Max 64 Years)
<i>endocet oral tablet 10-325 mg</i> (oxycodone-acetaminophen)	NM; NDS; QL (180 per 30 days)
<i>endocet oral tablet 2.5-325 mg, 5-325 mg</i> (oxycodone-acetaminophen)	NM; NDS; QL (360 per 30 days)
<i>endocet oral tablet 7.5-325 mg</i> (oxycodone-acetaminophen)	NM; NDS; QL (240 per 30 days)
<i>fentanyl citrate buccal lozenge on a handle 1,200 mcg, 1,600 mcg, 400 mcg, 600 mcg, 800 mcg</i>	PA; NM; NDS; QL (120 per 30 days)
<i>fentanyl citrate buccal lozenge on a handle 200 mcg</i>	PA; NDS; QL (120 per 30 days)
<i>fentanyl transdermal patch 72 hour 100 mcg/hr, 12 mcg/hr, 25 mcg/hr, 50 mcg/hr, 75 mcg/hr</i>	NM; NDS; QL (10 per 30 days)
<i>hydrocodone-acetaminophen oral solution 10-325 mg/15 ml</i>	NDS; QL (2700 per 30 days)
<i>hydrocodone-acetaminophen oral solution 7.5-325 mg/15 ml</i>	NM; NDS; QL (2700 per 30 days)
<i>hydrocodone-acetaminophen oral tablet 10-325 mg, 7.5-325 mg</i>	NM; NDS; QL (180 per 30 days)
<i>hydrocodone-acetaminophen oral tablet 5-325 mg</i>	NM; NDS; QL (240 per 30 days)
<i>hydromorphone oral tablet 2 mg, 4 mg, 8 mg</i> (Dilaudid)	NM; NDS; QL (180 per 30 days)
<i>methadone oral tablet 10 mg</i>	NM; NDS; QL (120 per 30 days)

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento

06/01/2025

Nombre del Medicamento		Requerimientos/ Límites
<i>methadone oral tablet 5 mg</i>		NM; NDS; QL (180 per 30 days)
<i>morphine concentrate oral solution 100 mg/5 ml (20 mg/ml)</i>		PA; NM; NDS; QL (180 per 30 days)
<i>morphine oral solution 10 mg/5 ml</i>		NM; NDS; QL (700 per 30 days)
<i>morphine oral solution 20 mg/5 ml (4 mg/ml)</i>		NM; NDS; QL (300 per 30 days)
MORPHINE ORAL TABLET 15 MG		NM; NDS; QL (180 per 30 days)
MORPHINE ORAL TABLET 30 MG		NM; NDS; QL (120 per 30 days)
<i>morphine oral tablet extended release 100 mg, 200 mg</i>		NM; NDS; QL (60 per 30 days)
<i>morphine oral tablet extended release 15 mg, 30 mg</i>	(MS Contin)	NM; NDS; QL (90 per 30 days)
<i>morphine oral tablet extended release 60 mg</i>	(MS Contin)	NM; NDS; QL (60 per 30 days)
<i>oxycodone oral capsule 5 mg</i>		NM; NDS; QL (180 per 30 days)
<i>oxycodone oral tablet 10 mg, 5 mg</i>		NM; NDS; QL (180 per 30 days)
<i>oxycodone oral tablet 15 mg, 30 mg</i>	(Roxicodone)	NM; NDS; QL (120 per 30 days)
<i>oxycodone oral tablet 20 mg</i>		NM; NDS; QL (120 per 30 days)
<i>oxycodone-acetaminophen oral tablet 10-325 mg</i>	(Endocet)	NM; NDS; QL (180 per 30 days)
<i>oxycodone-acetaminophen oral tablet 2.5-325 mg, 5-325 mg</i>	(Endocet)	NM; NDS; QL (360 per 30 days)
<i>oxycodone-acetaminophen oral tablet 7.5-325 mg</i>	(Endocet)	NM; NDS; QL (240 per 30 days)
<i>tramadol oral tablet 50 mg</i>		NM; NDS; QL (240 per 30 days)
<i>tramadol-acetaminophen oral tablet 37.5-325 mg</i>		NM; NDS; QL (300 per 30 days)
Anestésicos		
Anestesia Local		
<i>dermacinrx lidocan 5% patch outer</i>	(lidocaine)	PA; QL (90 per 30 days)
<i>glydo mucous membrane jelly in applicator 2 %</i>	(lidocaine hcl)	QL (30 per 30 days)
<i>lidocaine hcl mucous membrane jelly in applicator 2 %</i>	(Glydo)	QL (30 per 30 days)

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento

06/01/2025

Nombre del Medicamento		Requerimientos/ Límites
<i>lidocaine topical adhesive patch,medicated 5 %</i>	(DermacinRx Lidocan)	PA; QL (90 per 30 days)
<i>lidocaine topical ointment 5 %</i>		PA; QL (240 per 30 days)
<i>lidocaine viscous mucous membrane solution 2 %</i>	(lidocaine hcl)	
<i>lidocaine-prilocaine topical cream 2.5-2.5 %</i>		PA; QL (30 per 30 days)
<i>lidocan iii topical adhesive patch,medicated 5 %</i>	(lidocaine)	PA; QL (90 per 30 days)
ZTLIDO TOPICAL ADHESIVE PATCH,MEDICATED 1.8 %		PA; QL (90 per 30 days)
Antagonistas De Metales Pesados		
Antagonistas De Metales Pesados		
<i>deferasirox oral granules in packet 180 mg, 360 mg, 90 mg</i>	(Jadenu Sprinkle)	PA; NM
<i>deferasirox oral tablet 180 mg, 360 mg, 90 mg</i>	(Jadenu)	PA
<i>penicillamine oral tablet 250 mg</i>	(Depen Titratabs)	PA; NM
<i>trientine oral capsule 250 mg</i>	(Syprine)	PA; NM; QL (240 per 30 days)
Anti Infecciosos (Membrana Cutánea Y Mucosa)		
Anti Infecciosos (Membrana Cutánea Y Mucosa)		
<i>clindamycin phosphate vaginal cream 2 %</i>	(Cleocin)	
<i>metronidazole vaginal gel 0.75 % (37.5mg/5 gram)</i>	(Vandazole)	
<i>terconazole vaginal cream 0.4 %, 0.8 %</i>		
<i>terconazole vaginal suppository 80 mg</i>		
Antibacterianos		
Aminoglicósidos		
<i>amikacin injection solution 500 mg/2 ml</i>		
ARIKAYCE INHALATION SUSPENSION FOR NEBULIZATION 590 MG/8.4 ML		PA; NM; QL (235.2 per 28 days)

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento

06/01/2025

Nombre del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>gentamicin injection solution 20 mg/2 ml, 40 mg/ml</i>	
<i>gentamicin sulfate (ped) (pf) injection solution 20 mg/2 ml</i>	
<i>gentamicin sulfate (pf) intravenous solution 100 mg/10 ml, 60 mg/6 ml</i>	
<i>neomycin oral tablet 500 mg</i>	
<i>streptomycin intramuscular recon soln 1 gram</i>	NM
TOBI PODHALER INHALATION CAPSULE, W/INHALATION DEVICE 28 MG	NM; QL (224 per 28 days)
<i>tobramycin in 0.225 % nacl inhalation solution for nebulization 300 mg/5 ml</i> (Tobi)	PA BvD; NM
<i>tobramycin sulfate injection solution 10 mg/ml, 40 mg/ml</i>	
Antibacteriales, Misceláneos	
<i>clindamycin hcl oral capsule 150 mg, 300 mg, 75 mg</i> (Cleocin HCl)	
<i>clindamycin phosphate injection solution 150 (mg/ml) (4 ml), 150 (mg/ml) (6 ml)</i>	
<i>clindamycin phosphate injection solution 150 mg/ml</i> (Cleocin)	
<i>colistin (colistimethate na) injection recon soln 150 mg</i> (Coly-Mycin M Parenteral)	NM
<i>daptomycin intravenous recon soln 350 mg, 500 mg</i>	NM
<i>linezolid in dextrose 5% intravenous piggyback 600 mg/300 ml</i> (Zyvox)	
<i>linezolid oral suspension for reconstitution 100 mg/5 ml</i> (Zyvox)	NM
<i>linezolid oral tablet 600 mg</i> (Zyvox)	
<i>methenamine hippurate oral tablet 1 gram</i>	
<i>metronidazole in nacl (iso-os) intravenous piggyback 500 mg/100 ml</i> (Metro I.V.)	

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento

06/01/2025

Nombre del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>metronidazole oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	
<i>nitrofurantoin macrocrystal oral capsule 100 mg, 50 mg</i>	QL (120 per 30 days)
<i>nitrofurantoin monohyd/m-cryst oral capsule 100 mg</i> (Macrobid)	QL (60 per 30 days)
<i>trimethoprim oral tablet 100 mg</i>	
<i>vancomycin intravenous recon soln 1,000 mg, 1.25 gram, 10 gram, 5 gram, 500 mg, 750 mg</i>	
<i>vancomycin oral capsule 125 mg</i> (Vancocin)	QL (56 per 14 days)
<i>vancomycin oral capsule 250 mg</i> (Vancocin)	QL (112 per 14 days)
XIFAXAN ORAL TABLET 200 MG	PA; QL (9 per 30 days)
XIFAXAN ORAL TABLET 550 MG	PA; NM; QL (90 per 30 days)
Antibióticos B-Lactam Misceláneos	
<i>aztreonam injection recon soln 1 gram, 2 gram</i> (Azactam)	
CAYSTON INHALATION SOLUTION FOR NEBULIZATION 75 MG/ML	PA; NM; LA
<i>ertapenem injection recon soln 1 gram</i>	
<i>imipenem-cilastatin intravenous recon soln 250 mg</i>	
<i>imipenem-cilastatin intravenous recon soln 500 mg</i> (Primaxin IV)	
<i>meropenem intravenous recon soln 1 gram, 500 mg</i>	
Cefalosporinas	
<i>cefaclor oral capsule 250 mg, 500 mg</i>	
<i>cefadroxil oral capsule 500 mg</i>	
<i>cefadroxil oral suspension for reconstitution 250 mg/5 ml, 500 mg/5 ml</i>	
<i>cefazolin injection recon soln 1 gram, 10 gram, 500 mg</i>	
<i>cefdinir oral capsule 300 mg</i>	
<i>cefdinir oral suspension for reconstitution 125 mg/5 ml, 250 mg/5 ml</i>	

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento

06/01/2025

Nombre del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>cefepime injection recon soln 1 gram, 2 gram</i>	
<i>cefixime oral capsule 400 mg</i>	
<i>cefoxitin intravenous recon soln 1 gram, 10 gram, 2 gram</i>	
<i>cefpodoxime oral tablet 100 mg, 200 mg</i>	
<i>cefprozil oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	
<i>ceftazidime injection recon soln 1 gram, 2 gram, 6 gram</i> (Tazicef)	
<i>ceftriaxone injection recon soln 1 gram, 10 gram, 2 gram, 250 mg, 500 mg</i>	
<i>cefuroxime axetil oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	
<i>cefuroxime sodium injection recon soln 750 mg</i>	
<i>cefuroxime sodium intravenous recon soln 1.5 gram, 7.5 gram</i>	
<i>cephalexin oral capsule 250 mg, 500 mg</i>	
<i>cephalexin oral suspension for reconstitution 125 mg/5 ml, 250 mg/5 ml</i>	
<i>tazicef injection recon soln 1 gram, 2 gram, 6 gram</i> (ceftazidime)	
TEFLARO INTRAVENOUS RECON SOLN 400 MG, 600 MG	NM
Macrólidos	
<i>azithromycin intravenous recon soln 500 mg</i> (Zithromax)	
<i>azithromycin oral suspension for reconstitution 100 mg/5 ml, 200 mg/5 ml</i> (Zithromax)	
<i>azithromycin oral tablet 250 mg (6 pack), 500 mg (3 pack), 600 mg</i>	
<i>azithromycin oral tablet 250 mg, 500 mg</i> (Zithromax)	
<i>clarithromycin oral suspension for reconstitution 125 mg/5 ml, 250 mg/5 ml</i>	
<i>clarithromycin oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento

06/01/2025

Nombre del Medicamento	Requerimientos/ Límites
DIFICID ORAL TABLET 200 MG	NM; QL (20 per 10 days)
<i>erythromycin ethylsuccinate oral suspension for reconstitution 200 mg/5 ml</i> (E.E.S. Granules)	
<i>erythromycin ethylsuccinate oral suspension for reconstitution 400 mg/5 ml</i> (EryPed 400)	
<i>erythromycin oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	
Penicilinas	
<i>amoxicillin oral capsule 250 mg, 500 mg</i>	
<i>amoxicillin oral suspension for reconstitution 125 mg/5 ml, 200 mg/5 ml, 250 mg/5 ml, 400 mg/5 ml</i>	
<i>amoxicillin oral tablet 500 mg, 875 mg</i>	
<i>amoxicillin oral tablet, chewable 125 mg, 250 mg</i>	
<i>amoxicillin-pot clavulanate oral suspension for reconstitution 200-28.5 mg/5 ml, 400-57 mg/5 ml</i>	
<i>amoxicillin-pot clavulanate oral suspension for reconstitution 250-62.5 mg/5 ml</i> (Augmentin)	
<i>amoxicillin-pot clavulanate oral suspension for reconstitution 600-42.9 mg/5 ml</i> (Augmentin ES-600)	
<i>amoxicillin-pot clavulanate oral tablet 250-125 mg, 875-125 mg</i>	
<i>amoxicillin-pot clavulanate oral tablet 500-125 mg</i> (Augmentin)	
<i>amoxicillin-pot clavulanate oral tablet, chewable 200-28.5 mg, 400-57 mg</i>	
<i>ampicillin oral capsule 500 mg</i>	
<i>ampicillin sodium injection recon soln 1 gram, 10 gram, 125 mg</i>	
<i>ampicillin-sulbactam injection recon soln 1.5 gram, 15 gram, 3 gram</i> (Unasyn)	

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento

06/01/2025

Nombre del Medicamento	Requerimientos/ Límites
BICILLIN L-A INTRAMUSCULAR SYRINGE 1,200,000 UNIT/2 ML, 2,400,000 UNIT/4 ML, 600,000 UNIT/ML	
<i>dicloxacillin oral capsule 250 mg, 500 mg</i>	
EXTENCILLINE INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 1.2 MILLION UNIT, 2.4 MILLION UNIT	
LENTOCILIN S INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 1.2 MILLION UNIT	
<i>naftcillin injection recon soln 1 gram, 10 gram, 2 gram</i>	
<i>penicillin g potassium injection recon soln</i> (Pfizerpen-G) <i>20 million unit</i>	
<i>penicillin g procaine intramuscular syringe 1.2 million unit/2 ml, 600,000 unit/ml</i>	
<i>penicillin v potassium oral recon soln 125 mg/5 ml, 250 mg/5 ml</i>	
<i>penicillin v potassium oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	
<i>piperacillin-tazobactam intravenous recon soln 2.25 gram, 3.375 gram, 4.5 gram, 40.5 gram</i>	
Quinolonas	
<i>ciprofloxacin hcl oral tablet 250 mg, 500 mg</i> (Cipro)	
<i>ciprofloxacin hcl oral tablet 750 mg</i>	
<i>ciprofloxacin in 5 % dextrose intravenous piggyback 200 mg/100 ml, 400 mg/200 ml</i>	
<i>levofloxacin in d5w intravenous piggyback 250 mg/50 ml, 500 mg/100 ml, 750 mg/150 ml</i>	
<i>levofloxacin oral solution 250 mg/10 ml</i>	

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento

06/01/2025

Nombre del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>levofloxacin oral tablet 250 mg, 500 mg, 750 mg</i>	
<i>moxifloxacin 400 mg/250 ml bag sub, p/f, outer</i>	
<i>moxifloxacin oral tablet 400 mg</i>	
<i>moxifloxacin-sod.chloride(iso) intravenous piggyback 400 mg/250 ml</i>	(Avelox in NaCl (iso-osmotic))
Sulfonamidas	
<i>sulfadiazine oral tablet 500 mg</i>	
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim oral suspension 200-40 mg/5 ml</i>	(Sulfatrim)
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim oral tablet 400-80 mg</i>	(Bactrim)
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim oral tablet 800-160 mg</i>	(Bactrim DS)
Tetraciclinas	
<i>demeclocycline oral tablet 150 mg, 300 mg</i>	
<i>doxy-100 intravenous recon soln 100 mg</i>	(doxycycline hyclate)
<i>doxycycline hyclate intravenous recon soln 100 mg</i>	(Doxy-100)
<i>doxycycline hyclate oral capsule 100 mg</i>	
<i>doxycycline hyclate oral capsule 50 mg</i>	(Morgidox)
<i>doxycycline hyclate oral tablet 100 mg, 150 mg, 20 mg, 75 mg</i>	
<i>doxycycline hyclate oral tablet 50 mg</i>	(Targadox)
<i>doxycycline monohydrate oral capsule 100 mg</i>	(Mondoxylene NL)
<i>doxycycline monohydrate oral capsule 150 mg</i>	QL (60 per 30 days)
<i>doxycycline monohydrate oral capsule 50 mg</i>	
<i>doxycycline monohydrate oral capsule 75 mg</i>	(Mondoxylene NL) QL (60 per 30 days)

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento

06/01/2025

Nombre del Medicamento		Requerimientos/ Límites
<i>doxycycline monohydrate oral suspension for reconstitution 25 mg/5 ml</i>		
<i>doxycycline monohydrate oral tablet 100 mg</i>	(Avidoxy)	
<i>doxycycline monohydrate oral tablet 50 mg</i>		
<i>minocycline oral capsule 100 mg, 50 mg, 75 mg</i>		
<i>tetracycline oral capsule 250 mg, 500 mg</i>		
<i>tigecycline intravenous recon soln 50 mg</i>	(Tygacil)	NM
Anticonceptivos		
Anticonceptivos		
<i>afirmelle oral tablet 0.1-20 mg-mcg</i>	(levonorgestrel-ethinyl estrad)	
<i>altavera (28) oral tablet 0.15-0.03 mg</i>	(levonorgestrel-ethinyl estrad)	
<i>alyacen 1/35 (28) oral tablet 1-35 mg-mcg</i>	(norethindrone-ethin estradiol)	
<i>alyacen 7/7/7 (28) oral tablet 0.5/0.75/1 mg- 35 mcg</i>		
<i>amethyst (28) oral tablet 90-20 mcg (28)</i>	(levonorgestrel-ethinyl estrad)	
<i>apri oral tablet 0.15-0.03 mg</i>	(desogestrel-ethinyl estradiol)	
<i>aubra eq oral tablet 0.1-20 mg-mcg</i>	(levonorgestrel-ethinyl estrad)	
<i>aurovela 1.5/30 (21) oral tablet 1.5-30 mg-mcg</i>	(norethindrone ac-eth estradiol)	
<i>aurovela 1/20 (21) oral tablet 1-20 mg-mcg</i>	(norethindrone ac-eth estradiol)	
<i>aurovela 24 fe oral tablet 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4)</i>	(norethindrone-e.estradiol-iron)	
<i>aurovela fe 1.5/30 (28) oral tablet 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7)</i>	(norethindrone-e.estradiol-iron)	

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento

06/01/2025

Nombre del Medicamento		Requerimientos/ Límites
<i>aurovela fe 1-20 (28) oral tablet 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7)</i>	(norethindrone-e.estradiol-iron)	
<i>aviane oral tablet 0.1-20 mg-mcg</i>	(levonorgestrel-ethinyl estrad)	
<i>ayuna oral tablet 0.15-0.03 mg</i>	(levonorgestrel-ethinyl estrad)	
<i>azurette (28) oral tablet 0.15-0.02 mgx21 /0.01 mg x 5</i>	(desog-e.estradiol/e.estradiol)	
<i>blisovi 24 fe oral tablet 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4)</i>	(norethindrone-e.estradiol-iron)	
<i>blisovi fe 1.5/30 (28) oral tablet 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7)</i>	(norethindrone-e.estradiol-iron)	
<i>blisovi fe 1/20 (28) oral tablet 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7)</i>	(norethindrone-e.estradiol-iron)	
<i>camila oral tablet 0.35 mg</i>	(norethindrone (contraceptive))	
<i>chateal eq (28) oral tablet 0.15-0.03 mg</i>	(levonorgestrel-ethinyl estrad)	
<i>cryselle (28) oral tablet 0.3-30 mg-mcg</i>	(norgestrel-ethinyl estradiol)	
<i>cyclafem 1/35 (28) oral tablet 1-35 mg-mcg</i>	(norethindrone-ethin estradiol)	
<i>cyclafem 7/7/7 (28) oral tablet 0.5/0.75/1 mg- 35 mcg</i>		
<i>cyred eq oral tablet 0.15-0.03 mg</i>	(desogestrel-ethinyl estradiol)	
<i>dasetta 1/35 (28) oral tablet 1-35 mg-mcg</i>	(norethindrone-ethin estradiol)	
<i>dasetta 7/7/7 (28) oral tablet 0.5/0.75/1 mg- 35 mcg</i>		
<i>deblitane oral tablet 0.35 mg</i>	(norethindrone (contraceptive))	
<i>desog-e.estradiol/e.estradiol oral tablet 0.15-0.02 mgx21 /0.01 mg x 5</i>	(Azurette (28))	

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento

06/01/2025

Nombre del Medicamento		Requerimientos/ Límites
<i>desogestrel-ethinyl estradiol oral tablet 0.15-0.03 mg</i>	(Apri)	
<i>dolishale oral tablet 90-20 mcg (28)</i>	(levonorgestrel-ethinyl estrad)	
<i>elinest oral tablet 0.3-30 mg-mcg</i>	(norgestrel-ethinyl estradiol)	
<i>eluryng vaginal ring 0.12-0.015 mg/24 hr</i>	(etonogestrel-ethinyl estradiol)	QL (1 per 28 days)
<i>emoquette oral tablet 0.15-0.03 mg</i>	(desogestrel-ethinyl estradiol)	
<i>emzahh oral tablet 0.35 mg</i>	(norethindrone (contraceptive))	
<i>enilloring vaginal ring 0.12-0.015 mg/24 hr</i>	(etonogestrel-ethinyl estradiol)	QL (1 per 28 days)
<i>enpresse oral tablet 50-30 (6)/75-40 (5)/125-30(10)</i>	(levonorg-eth estrad triphasic)	
<i>enskyce oral tablet 0.15-0.03 mg</i>	(desogestrel-ethinyl estradiol)	
<i>errin oral tablet 0.35 mg</i>	(norethindrone (contraceptive))	
<i>estarylla oral tablet 0.25-0.035 mg</i>	(norgestimate-ethinyl estradiol)	
<i>ethynodiol diac-eth estradiol oral tablet 1-35 mg-mcg</i>	(Kelnor 1/35 (28))	
<i>ethynodiol diac-eth estradiol oral tablet 1-50 mg-mcg</i>	(Kelnor 1/50 (28))	
<i>etonogestrel-ethinyl estradiol vaginal ring 0.12-0.015 mg/24 hr</i>	(EluRyng)	QL (1 per 28 days)
<i>falmina (28) oral tablet 0.1-20 mg-mcg</i>	(levonorgestrel-ethinyl estrad)	
<i>feirza oral tablet 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7), 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7)</i>	(norethindrone-e.estradiol-iron)	
<i>femynor oral tablet 0.25-35 mg-mcg</i>	(norgestimate-ethinyl estradiol)	

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento

06/01/2025

Nombre del Medicamento		Requerimientos/ Límites
<i>hailey 24 fe oral tablet 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4)</i>	(norethindrone-e.estradiol-iron)	
<i>hailey fe 1.5/30 (28) oral tablet 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7)</i>	(norethindrone-e.estradiol-iron)	
<i>hailey fe 1/20 (28) oral tablet 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7)</i>	(norethindrone-e.estradiol-iron)	
<i>haloette vaginal ring 0.12-0.015 mg/24 hr</i>	(etonogestrel-ethinyl estradiol)	QL (1 per 28 days)
<i>heather oral tablet 0.35 mg</i>	(norethindrone (contraceptive))	
<i>iclevia oral tablets,dose pack,3 month 0.15 mg-30 mcg (91)</i>	(levonorgestrel-ethinyl estrad)	QL (91 per 84 days)
<i>incassia oral tablet 0.35 mg</i>	(norethindrone (contraceptive))	
<i>isibloom oral tablet 0.15-0.03 mg</i>	(desogestrel-ethinyl estradiol)	
<i>jencycla oral tablet 0.35 mg</i>	(norethindrone (contraceptive))	
<i>jolessa oral tablets,dose pack,3 month 0.15 mg-30 mcg (91)</i>	(levonorgestrel-ethinyl estrad)	QL (91 per 84 days)
<i>juleber oral tablet 0.15-0.03 mg</i>	(desogestrel-ethinyl estradiol)	
<i>junel 1.5/30 (21) oral tablet 1.5-30 mg-mcg</i>	(norethindrone ac-eth estradiol)	
<i>junel 1/20 (21) oral tablet 1-20 mg-mcg</i>	(norethindrone ac-eth estradiol)	
<i>junel fe 1.5/30 (28) oral tablet 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7)</i>	(norethindrone-e.estradiol-iron)	
<i>junel fe 1/20 (28) oral tablet 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7)</i>	(norethindrone-e.estradiol-iron)	
<i>junel fe 24 oral tablet 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4)</i>	(norethindrone-e.estradiol-iron)	
<i>kariva (28) oral tablet 0.15-0.02 mgx21 /0.01 mg x 5</i>	(desog-e.estradiol/e.estradiol)	

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento

06/01/2025

Nombre del Medicamento		Requerimientos/ Límites
<i>kelnor 1/35 (28) oral tablet 1-35 mg-mcg</i>	(ethynodiol diac-eth estradiol)	
<i>kelnor 1/50 (28) oral tablet 1-50 mg-mcg</i>	(ethynodiol diac-eth estradiol)	
<i>kurvelo (28) oral tablet 0.15-0.03 mg</i>	(levonorgestrel-ethinyl estrad)	
KYLEENA INTRAUTERINE INTRAUTERINE DEVICE 17.5 MCG/24 HR (5 YRS) 19.5 MG		
<i>larin 1.5/30 (21) oral tablet 1.5-30 mg-mcg</i>	(norethindrone ac-eth estradiol)	
<i>larin 1/20 (21) oral tablet 1-20 mg-mcg</i>	(norethindrone ac-eth estradiol)	
<i>larin 24 fe oral tablet 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4)</i>	(norethindrone-e.estradiol-iron)	
<i>larin fe 1.5/30 (28) oral tablet 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7)</i>	(norethindrone-e.estradiol-iron)	
<i>larin fe 1/20 (28) oral tablet 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7)</i>	(norethindrone-e.estradiol-iron)	
<i>larissia oral tablet 0.1-20 mg-mcg</i>	(levonorgestrel-ethinyl estrad)	
<i>lessina oral tablet 0.1-20 mg-mcg</i>	(levonorgestrel-ethinyl estrad)	
<i>levonest (28) oral tablet 50-30 (6)/75-40 (5)/125-30(10)</i>	(levonorg-eth estrad triphasic)	
<i>levonorgest-eth.estradiol-iron oral tablet 0.1 mg-0.02 mg (21)/iron (7)</i>	(Balcoltra)	
<i>levonorgestrel-ethinyl estrad oral tablet 0.1-20 mg-mcg</i>	(Afirmelle)	
<i>levonorgestrel-ethinyl estrad oral tablet 0.15-0.03 mg</i>	(Altavera (28))	
<i>levonorgestrel-ethinyl estrad oral tablet 90-20 mcg (28)</i>	(Amethyst (28))	
<i>levonorgestrel-ethinyl estrad oral tablets,dose pack,3 month 0.15 mg-30 mcg (91)</i>	(Iclevia)	QL (91 per 84 days)

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento

06/01/2025

Nombre del Medicamento		Requerimientos/ Límites
<i>levonorg-eth estrad triphasic oral tablet 50-30 (6)/75-40 (5)/125-30(10)</i>	(Enpresse)	
<i>levora-28 oral tablet 0.15-0.03 mg</i>	(levonorgestrel-ethinyl estrad)	
LILETTA INTRAUTERINE INTRAUTERINE DEVICE 20.4 MCG/24 HR (8 YRS) 52 MG		
<i>lillow (28) oral tablet 0.15-0.03 mg</i>	(levonorgestrel-ethinyl estrad)	
<i>low-ogestrel (28) oral tablet 0.3-30 mg-mcg</i>	(norgestrel-ethinyl estradiol)	
<i>luteria (28) oral tablet 0.1-20 mg-mcg</i>	(levonorgestrel-ethinyl estrad)	
<i>lyleq oral tablet 0.35 mg</i>	(norethindrone (contraceptive))	
<i>lyza oral tablet 0.35 mg</i>	(norethindrone (contraceptive))	
<i>marlissa (28) oral tablet 0.15-0.03 mg</i>	(levonorgestrel-ethinyl estrad)	
<i>microgestin 1.5/30 (21) oral tablet 1.5-30 mg-mcg</i>	(norethindrone ac-eth estradiol)	
<i>microgestin 1/20 (21) oral tablet 1-20 mg-mcg</i>	(norethindrone ac-eth estradiol)	
<i>microgestin 24 fe oral tablet 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4)</i>	(norethindrone-e.estradiol-iron)	
<i>microgestin fe 1.5/30 (28) oral tablet 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7)</i>	(norethindrone-e.estradiol-iron)	
<i>microgestin fe 1/20 (28) oral tablet 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7)</i>	(norethindrone-e.estradiol-iron)	
<i>mili oral tablet 0.25-0.035 mg</i>	(norgestimate-ethinyl estradiol)	
MIRENA INTRAUTERINE INTRAUTERINE DEVICE 21 MCG/24HR (UP TO 8 YRS) 52 MG		
<i>mono-lynyah oral tablet 0.25-0.035 mg</i>	(norgestimate-ethinyl estradiol)	

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento

06/01/2025

Nombre del Medicamento	Requerimientos/ Límites
NEXPLANON SUBDERMAL IMPLANT 68 MG	
norelgestromin-ethin.estradiol transdermal patch weekly 150-35 mcg/24 hr (Xulane)	QL (3 per 28 days)
norethindrone (contraceptive) oral tablet 0.35 mg (Camila)	
norethindrone-e.estradiol-iron oral tablet 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7) (Aurovela Fe 1-20 (28))	
norethindrone-e.estradiol-iron oral tablet 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7) (Aurovela Fe 1.5/30 (28))	
norethindrone-e.estradiol-iron oral tablet 1-20(5)/1-30(7) /1mg-35mcg (9) (Tilia Fe)	
norgestimate-ethinyl estradiol oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-0.025 mg (Tri-Lo-Estarylla)	
norgestimate-ethinyl estradiol oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-0.035mg (28) (Tri-Estarylla)	
norgestimate-ethinyl estradiol oral tablet 0.25-0.035 mg (Estarylla)	
norlyda oral tablet 0.35 mg (norethindrone (contraceptive))	
nortrel 1/35 (21) oral tablet 1-35 mg-mcg (21)	
nortrel 1/35 (28) oral tablet 1-35 mg-mcg (norethindrone-ethin estradiol)	
nortrel 7/7/7 (28) oral tablet 0.5/0.75/1 mg- 35 mcg	
nylia 1/35 (28) oral tablet 1-35 mg-mcg (norethindrone-ethin estradiol)	
nylia 7/7/7 (28) oral tablet 0.5/0.75/1 mg- 35 mcg	
nymyo oral tablet 0.25-35 mg-mcg (norgestimate-ethinyl estradiol)	
pimtrea (28) oral tablet 0.15-0.02 mgx21 /0.01 mg x 5 (desog-e.estradiol/e.estradiol)	

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento

06/01/2025

Nombre del Medicamento		Requerimientos/ Límites
<i>pirmella oral tablet 0.5/0.75/1 mg- 35 mcg</i>		
<i>pirmella oral tablet 1-35 mg-mcg</i>	(norethindrone-ethin estradiol)	
<i>portia 28 oral tablet 0.15-0.03 mg</i>	(levonorgestrel-ethinyl estrad)	
<i>previfem oral tablet 0.25-35 mg-mcg</i>	(norgestimate-ethinyl estradiol)	
<i>reclipsen (28) oral tablet 0.15-0.03 mg</i>	(desogestrel-ethinyl estradiol)	
<i>setlakin oral tablets,dose pack,3 month 0.15 mg-30 mcg (91)</i>	(levonorgestrel-ethinyl estrad)	QL (91 per 84 days)
<i>sharobel oral tablet 0.35 mg</i>	(norethindrone (contraceptive))	
<i>simliya (28) oral tablet 0.15-0.02 mgx21 /0.01 mg x 5</i>	(desog- e.estradiol/e.estradiol)	
SKYLA INTRAUTERINE INTRAUTERINE DEVICE 14 MCG/24 HR (3 YRS) 13.5 MG		
<i>sprintec (28) oral tablet 0.25-0.035 mg</i>	(norgestimate-ethinyl estradiol)	
<i>sronyx oral tablet 0.1-20 mg-mcg</i>	(levonorgestrel-ethinyl estrad)	
<i>tarina 24 fe oral tablet 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4)</i>	(norethindrone- e.estradiol-iron)	
<i>tarina fe 1-20 eq (28) oral tablet 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7)</i>	(norethindrone- e.estradiol-iron)	
<i>tilia fe oral tablet 1-20(5)/1-30(7) /1mg-35mcg (9)</i>	(norethindrone- e.estradiol-iron)	
<i>tri femynor oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg (28)</i>	(norgestimate-ethinyl estradiol)	
<i>tri-estarylla oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-0.035mg (28)</i>	(norgestimate-ethinyl estradiol)	
<i>tri-legest fe oral tablet 1-20(5)/1-30(7) /1mg-35mcg (9)</i>	(norethindrone- e.estradiol-iron)	

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento

06/01/2025

Nombre del Medicamento		Requerimientos/ Límites
<i>tri-linyah oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-0.035mg (28)</i>	(norgestimate-ethinyl estradiol)	
<i>tri-lo-estarylla oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-0.025 mg</i>	(norgestimate-ethinyl estradiol)	
<i>tri-lo-marzia oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-0.025 mg</i>	(norgestimate-ethinyl estradiol)	
<i>tri-lo-mili oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-0.025 mg</i>	(norgestimate-ethinyl estradiol)	
<i>tri-lo-sprintec oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-0.025 mg</i>	(norgestimate-ethinyl estradiol)	
<i>tri-mili oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-0.035mg (28)</i>	(norgestimate-ethinyl estradiol)	
<i>tri-nymyo oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg (28)</i>	(norgestimate-ethinyl estradiol)	
<i>tri-previfem (28) oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg (28)</i>	(norgestimate-ethinyl estradiol)	
<i>tri-sprintec (28) oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-0.035mg (28)</i>	(norgestimate-ethinyl estradiol)	
<i>trivora (28) oral tablet 50-30 (6)/75-40 (5)/125-30(10)</i>	(levonorg-eth estrad triphasic)	
<i>tri-vylibra lo oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-0.025 mg</i>	(norgestimate-ethinyl estradiol)	
<i>tri-vylibra oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-0.035mg (28)</i>	(norgestimate-ethinyl estradiol)	
<i>turqoz (28) oral tablet 0.3-30 mg-mcg</i>	(norgestrel-ethinyl estradiol)	
<i>valtya oral tablet 1-50 mg-mcg</i>	(ethynodiol diac-eth estradiol)	
<i>vienva oral tablet 0.1-20 mg-mcg</i>	(levonorgestrel-ethinyl estrad)	
<i>viorele (28) oral tablet 0.15-0.02 mgx21 /0.01 mg x 5</i>	(desog-e.estradiol/e.estradiol)	
<i>volnea (28) oral tablet 0.15-0.02 mgx21 /0.01 mg x 5</i>	(desog-e.estradiol/e.estradiol)	

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento

06/01/2025

Nombre del Medicamento		Requerimientos/ Límites
<i>vylibra oral tablet 0.25-0.035 mg</i>	(norgestimate-ethinyl estradiol)	
<i>xarah fe oral tablet 1-20(5)/1-30(7) /1mg-35mcg (9)</i>	(norethindrone-e.estradiol-iron)	
<i>xulane transdermal patch weekly 150-35 mcg/24 hr</i>	(norelgestromin-ethin.estradiol)	QL (3 per 28 days)
<i>zafemy transdermal patch weekly 150-35 mcg/24 hr</i>	(norelgestromin-ethin.estradiol)	QL (3 per 28 days)
<i>zovia 1/35e (28) oral tablet 1-35 mg-mcg</i>	(ethynodiol diac-eth estradiol)	
<i>zovia 1-35 (28) oral tablet 1-35 mg-mcg</i>	(ethynodiol diac-eth estradiol)	
Anticonvulsivos		
Anticonvulsivos		
APTOM ORAL TABLET 200 MG, 400 MG		ST; NM; QL (30 per 30 days)
APTOM ORAL TABLET 600 MG, 800 MG		ST; NM; QL (60 per 30 days)
BRIVIACT INTRAVENOUS SOLUTION 50 MG/5 ML		QL (80 per 30 days)
BRIVIACT ORAL SOLUTION 10 MG/ML		QL (600 per 30 days)
BRIVIACT ORAL TABLET 10 MG, 100 MG, 25 MG, 50 MG, 75 MG		QL (60 per 30 days)
<i>carbamazepine oral capsule, er multiphase 12 hr 100 mg, 200 mg, 300 mg</i>	(Carbatrol)	
<i>carbamazepine oral suspension 100 mg/5 ml</i>	(Tegretol)	
<i>carbamazepine oral tablet 200 mg</i>	(Epitol)	
<i>carbamazepine oral tablet extended release 12 hr 100 mg, 200 mg, 400 mg</i>	(Tegretol XR)	
<i>carbamazepine oral tablet, chewable 100 mg, 200 mg</i>		
<i>clobazam oral suspension 2.5 mg/ml</i>	(Onfi)	QL (480 per 30 days)
<i>clobazam oral tablet 10 mg, 20 mg</i>	(Onfi)	QL (60 per 30 days)

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento

06/01/2025

Nombre del Medicamento	Requerimientos/ Límites
DIACOMIT ORAL CAPSULE 250 MG	PA NSO; NM; QL (360 per 30 days)
DIACOMIT ORAL CAPSULE 500 MG	PA NSO; NM; QL (180 per 30 days)
DIACOMIT ORAL POWDER IN PACKET 250 MG	PA NSO; NM; QL (360 per 30 days)
DIACOMIT ORAL POWDER IN PACKET 500 MG	PA NSO; NM; QL (180 per 30 days)
<i>diazepam rectal kit 12.5-15-17.5-20 mg, 2.5 mg, 5-7.5-10 mg</i>	
<i>divalproex oral capsule, delayed rel sprinkle 125 mg</i> (Depakote Sprinkles)	
<i>divalproex oral tablet extended release 24 hr 250 mg, 500 mg</i> (Depakote ER)	
<i>divalproex oral tablet, delayed release (dr/ec) 125 mg, 250 mg, 500 mg</i> (Depakote)	
EPIDIOLEX ORAL SOLUTION 100 MG/ML	PA NSO; NM
<i>epitol oral tablet 200 mg</i> (carbamazepine)	
EPRONTIA ORAL SOLUTION 25 MG/ML	ST
<i>ethosuximide oral capsule 250 mg</i> (Zarontin)	
<i>ethosuximide oral solution 250 mg/5 ml</i> (Zarontin)	
<i>felbamate oral suspension 600 mg/5 ml</i>	
<i>felbamate oral tablet 400 mg, 600 mg</i> (Felbatol)	
FINTEPLA ORAL SOLUTION 2.2 MG/ML	PA NSO; NM
<i>fosphenytoin injection solution 100 mg pe/2 ml, 500 mg pe/10 ml</i> (Cerebyx)	
FYCOMPA ORAL SUSPENSION 0.5 MG/ML	ST; NM; QL (720 per 30 days)
FYCOMPA ORAL TABLET 10 MG, 12 MG, 8 MG	ST; NM; QL (30 per 30 days)
FYCOMPA ORAL TABLET 2 MG	ST; QL (30 per 30 days)
FYCOMPA ORAL TABLET 4 MG, 6 MG	ST; NM; QL (60 per 30 days)
<i>gabapentin oral capsule 100 mg, 300 mg</i> (Neurontin)	QL (360 per 30 days)

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento

06/01/2025

Nombre del Medicamento		Requerimientos/ Límites
<i>gabapentin oral capsule 400 mg</i>	(Neurontin)	QL (270 per 30 days)
<i>gabapentin oral solution 250 mg/5 ml</i>	(Neurontin)	QL (2160 per 30 days)
<i>gabapentin oral tablet 600 mg</i>	(Neurontin)	QL (180 per 30 days)
<i>gabapentin oral tablet 800 mg</i>	(Neurontin)	QL (120 per 30 days)
<i>lacosamide intravenous solution 200 mg/20 ml</i>	(Vimpat)	QL (200 per 5 days)
<i>lacosamide oral solution 10 mg/ml</i>	(Vimpat)	QL (1200 per 30 days)
<i>lacosamide oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg, 50 mg</i>	(Vimpat)	QL (60 per 30 days)
<i>lamotrigine oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg, 25 mg</i>	(Subvenite)	
<i>lamotrigine oral tablet, chewable dispersible 25 mg, 5 mg</i>	(Lamictal)	
<i>lamotrigine oral tablet, disintegrating 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg</i>	(Lamictal ODT)	
<i>levetiracetam intravenous solution 500 mg/5 ml</i>	(Keppra)	
<i>levetiracetam oral solution 100 mg/ml</i>	(Keppra)	
<i>levetiracetam oral tablet 1,000 mg, 250 mg, 500 mg, 750 mg</i>	(Keppra)	
<i>levetiracetam oral tablet extended release 24 hr 500 mg, 750 mg</i>	(Keppra XR)	
<i>levetiracetam oral tablet for suspension 250 mg</i>	(Spritam)	ST
LIBERVANT BUCCAL FILM 10 MG, 12.5 MG, 15 MG, 5 MG, 7.5 MG		QL (10 per 30 days)
<i>methsuximide oral capsule 300 mg</i>	(Celontin)	
NAYZILAM NASAL SPRAY, NON-AEROSOL 5 MG/SPRAY (0.1 ML)		QL (10 per 30 days)
<i>oxcarbazepine oral suspension 300 mg/5 ml (60 mg/ml)</i>	(Trileptal)	
<i>oxcarbazepine oral tablet 150 mg, 300 mg, 600 mg</i>	(Trileptal)	
<i>phenobarbital oral elixir 20 mg/5 ml (4 mg/ml)</i>		PA NSO-HRM; AGE (Max 64 Years)

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento

06/01/2025

Nombre del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>phenobarbital oral tablet 100 mg, 15 mg, 16.2 mg, 30 mg, 32.4 mg, 60 mg, 64.8 mg, 97.2 mg</i>	PA NSO-HRM; AGE (Max 64 Years)
PHENYTEK ORAL CAPSULE 200 MG, 300 MG (phenytoin sodium extended)	
<i>phenytoin oral suspension 125 mg/5 ml</i> (Dilantin-125)	
<i>phenytoin oral tablet, chewable 50 mg</i> (Dilantin Infatabs)	
<i>phenytoin sodium extended oral capsule 100 mg</i> (Dilantin Extended)	
<i>phenytoin sodium extended oral capsule 200 mg, 300 mg</i> (Phenytek)	
<i>phenytoin sodium intravenous solution 50 mg/ml</i>	
<i>phenytoin sodium intravenous syringe 50 mg/ml</i>	
<i>pregabalin oral capsule 100 mg, 150 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg</i> (Lyrica)	QL (90 per 30 days)
<i>pregabalin oral capsule 225 mg, 300 mg</i> (Lyrica)	QL (60 per 30 days)
<i>pregabalin oral solution 20 mg/ml</i> (Lyrica)	QL (900 per 30 days)
<i>primidone oral tablet 125 mg</i>	
<i>primidone oral tablet 250 mg, 50 mg</i> (Mysoline)	
<i>rufinamide oral suspension 40 mg/ml</i> (Banzel)	ST; NM
<i>rufinamide oral tablet 200 mg</i> (Banzel)	ST
<i>rufinamide oral tablet 400 mg</i> (Banzel)	ST; NM
SEZABY INTRAVENOUS RECON SOLN 100 MG	PA BvD; NM
SPRITAM ORAL TABLET FOR SUSPENSION 1,000 MG, 500 MG, 750 MG	ST
SPRITAM ORAL TABLET FOR SUSPENSION 250 MG (levetiracetam)	ST
<i>subvenite oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg, 25 mg</i> (lamotrigine)	
SYMPAZAN ORAL FILM 10 MG, 20 MG, 5 MG	PA NSO; NM; QL (60 per 30 days)

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento

06/01/2025

Nombre del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>tiagabine oral tablet 12 mg, 16 mg, 2 mg, 4 mg</i>	
<i>topiramate oral capsule, sprinkle 15 mg, 25 mg</i> (Topamax)	
<i>topiramate oral capsule, sprinkle 50 mg</i>	
<i>topiramate oral tablet 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg</i> (Topamax)	
<i>valproate sodium intravenous solution 500 mg/5 ml (100 mg/ml)</i>	
<i>valproic acid (as sodium salt) oral solution 250 mg/5 ml</i>	
<i>valproic acid oral capsule 250 mg</i>	
VALTOCO NASAL SPRAY, NON-AEROSOL 10 MG/SPRAY (0.1 ML), 15 MG/2 SPRAY (7.5/0.1ML X 2), 20 MG/2 SPRAY (10MG/0.1ML X2), 5 MG/SPRAY (0.1 ML)	NM; QL (10 per 30 days)
<i>vigabatrin oral powder in packet 500 mg</i> (Vigadrone)	PA NSO; NM; QL (180 per 30 days)
<i>vigabatrin oral tablet 500 mg</i> (Vigadrone)	PA NSO; NM; QL (180 per 30 days)
<i>vigadrone oral powder in packet 500 mg</i> (vigabatrin)	PA NSO; NM; QL (180 per 30 days)
<i>vigadrone oral tablet 500 mg</i> (vigabatrin)	PA NSO; NM; QL (180 per 30 days)
<i>vigpoder oral powder in packet 500 mg</i> (vigabatrin)	PA NSO; NM; QL (180 per 30 days)
XCOPRI MAINTENANCE PACK ORAL TABLET 250MG/DAY(150 MG X1-100MG X1), 350 MG/DAY (200 MG X1-150MG X1)	QL (56 per 28 days)
XCOPRI ORAL TABLET 100 MG, 25 MG, 50 MG	QL (30 per 30 days)
XCOPRI ORAL TABLET 150 MG, 200 MG	QL (60 per 30 days)
XCOPRI TITRATION PACK ORAL TABLETS, DOSE PACK 12.5 MG (14)-25 MG (14), 150 MG (14)- 200 MG (14), 50 MG (14)- 100 MG (14)	

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento

06/01/2025

Nombre del Medicamento	Requerimientos/ Límites
ZONISADE ORAL SUSPENSION 100 MG/5 ML	
<i>zonisamide oral capsule 100 mg, 25 mg</i> (Zonegran)	
<i>zonisamide oral capsule 50 mg</i>	
ZTALMY ORAL SUSPENSION 50 MG/ML	PA NSO; NM; QL (1080 per 30 days)
Antidepresivos	
Antidepresivos	
<i>amitriptyline oral tablet 10 mg, 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	
<i>amoxapine oral tablet 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg</i>	
AUVELITY ORAL TABLET, IR AND ER, BIPHASIC 45-105 MG	ST; NM
<i>bupropion hcl oral tablet 100 mg, 75 mg</i>	
<i>bupropion hcl oral tablet extended release 24 hr 150 mg, 300 mg</i> (Wellbutrin XL)	
<i>bupropion hcl oral tablet sustained-release 12 hr 100 mg, 150 mg, 200 mg</i> (Wellbutrin SR)	
<i>citalopram oral solution 10 mg/5 ml</i>	
<i>citalopram oral tablet 10 mg</i> (Celexa)	QL (120 per 30 days)
<i>citalopram oral tablet 20 mg, 40 mg</i> (Celexa)	QL (30 per 30 days)
<i>clomipramine oral capsule 25 mg, 50 mg, 75 mg</i> (Anafranil)	
<i>desipramine oral tablet 10 mg, 25 mg</i> (Norpramin)	
<i>desipramine oral tablet 100 mg, 150 mg, 50 mg, 75 mg</i>	
<i>desvenlafaxine succinate oral tablet extended release 24 hr 100 mg, 25 mg, 50 mg</i> (Pristiq)	QL (30 per 30 days)
<i>doxepin oral capsule 10 mg, 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	
<i>doxepin oral concentrate 10 mg/ml</i>	

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento

06/01/2025

Nombre del Medicamento	Requerimientos/ Límites
DRIZALMA SPRINKLE ORAL CAPSULE, DELAYED REL SPRINKLE 20 MG, 30 MG, 60 MG	ST; QL (60 per 30 days)
DRIZALMA SPRINKLE ORAL CAPSULE, DELAYED REL SPRINKLE 40 MG	ST; QL (30 per 30 days)
<i>duloxetine oral capsule, delayed release(dr/ec) 20 mg, 30 mg, 60 mg</i> (Cymbalta)	QL (60 per 30 days)
EMSAM TRANSDERMAL PATCH 24 HOUR 12 MG/24 HR, 6 MG/24 HR, 9 MG/24 HR	ST; NM; QL (30 per 30 days)
<i>escitalopram oxalate oral solution 5 mg/5 ml</i>	
<i>escitalopram oxalate oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg</i> (Lexapro)	
FETZIMA ORAL CAPSULE,EXT REL 24HR DOSE PACK 20 MG (2)- 40 MG (26)	ST
FETZIMA ORAL CAPSULE,EXTENDED RELEASE 24 HR 120 MG, 20 MG, 40 MG, 80 MG	ST; QL (30 per 30 days)
<i>fluoxetine oral capsule 10 mg, 20 mg, 40 mg</i> (Prozac)	
<i>fluoxetine oral solution 20 mg/5 ml (4 mg/ml)</i>	
<i>fluvoxamine oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	
<i>imipramine hcl oral tablet 10 mg, 25 mg, 50 mg</i>	
MARPLAN ORAL TABLET 10 MG	
<i>mirtazapine oral tablet 15 mg, 30 mg</i> (Remeron)	
<i>mirtazapine oral tablet 45 mg, 7.5 mg</i>	
<i>mirtazapine oral tablet, disintegrating 15 mg, 30 mg, 45 mg</i> (Remeron SolTab)	
<i>nefazodone oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg, 250 mg, 50 mg</i>	

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento

06/01/2025

Nombre del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>nortriptyline oral capsule 10 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg</i> (Pamelor)	
<i>nortriptyline oral solution 10 mg/5 ml</i>	
<i>paroxetine hcl oral suspension 10 mg/5 ml</i> (Paxil)	PA NSO-HRM; AGE (Max 64 Years)
<i>paroxetine hcl oral tablet 10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg</i> (Paxil)	PA NSO-HRM; AGE (Max 64 Years)
<i>paroxetine hcl oral tablet extended release 24 hr 12.5 mg, 25 mg, 37.5 mg</i> (Paxil CR)	
<i>perphenazine-amitriptyline oral tablet 2-10 mg, 2-25 mg, 4-10 mg, 4-25 mg, 4-50 mg</i>	
<i>phenelzine oral tablet 15 mg</i> (Nardil)	
<i>protriptyline oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	
RALDESY ORAL SOLUTION 10 MG/ML	PA NSO; QL (1200 per 30 days)
<i>sertraline oral concentrate 20 mg/ml</i> (Zoloft)	
<i>sertraline oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i> (Zoloft)	
SPRAVATO NASAL SPRAY, NON-AEROSOL 28 MG, 56 MG (28 MG X 2), 84 MG (28 MG X 3)	PA NSO; NM
<i>tranlycypromine oral tablet 10 mg</i> (Parnate)	
<i>trazodone oral tablet 100 mg, 150 mg, 300 mg, 50 mg</i>	
<i>trimipramine oral capsule 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	
TRINTELLIX ORAL TABLET 10 MG, 20 MG, 5 MG	QL (30 per 30 days)
<i>venlafaxine oral capsule, extended release 24hr 150 mg</i> (Effexor XR)	QL (30 per 30 days)
<i>venlafaxine oral capsule, extended release 24hr 37.5 mg, 75 mg</i> (Effexor XR)	QL (90 per 30 days)
<i>venlafaxine oral tablet 100 mg, 25 mg, 37.5 mg, 50 mg, 75 mg</i>	

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento

06/01/2025

Nombre del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>vilazodone oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg</i> (Viibryd)	QL (30 per 30 days)
ZURZUVAE ORAL CAPSULE 20 MG, 25 MG	PA NSO; NM; QL (28 per 14 days)
ZURZUVAE ORAL CAPSULE 30 MG	PA NSO; NM; QL (14 per 14 days)
Antifúngicos	
Antifúngicos	
ABELCET INTRAVENOUS SUSPENSION 5 MG/ML	PA BvD
<i>amphotericin b injection recon soln 50 mg</i>	PA BvD
<i>amphotericin b liposome intravenous suspension for reconstitution 50 mg</i> (AmBisome)	PA BvD; NM
<i>ciclopirox topical cream 0.77 %</i> (Ciclodan)	QL (180 per 30 days)
<i>ciclopirox topical solution 8 %</i> (Ciclodan)	QL (19.8 per 30 days)
<i>ciclopirox topical suspension 0.77 %</i> (Loprox (as olamine))	QL (180 per 30 days)
<i>clotrimazole mucous membrane troche 10 mg</i>	
<i>clotrimazole topical cream 1 %</i> (Antifungal (clotrimazole))	
<i>clotrimazole topical solution 1 %</i> (Athlete's Foot (clotrimazole))	
<i>clotrimazole-betamethasone topical cream 1-0.05 %</i>	QL (90 per 30 days)
<i>econazole nitrate topical cream 1 %</i>	QL (170 per 30 days)
<i>fluconazole in nacl (iso-osm) intravenous piggyback 200 mg/100 ml, 400 mg/200 ml</i>	
<i>fluconazole oral suspension for reconstitution 10 mg/ml</i>	
<i>fluconazole oral suspension for reconstitution 40 mg/ml</i> (Diflucan)	
<i>fluconazole oral tablet 100 mg</i> (Diflucan)	
<i>fluconazole oral tablet 150 mg, 200 mg, 50 mg</i>	
<i>flucytosine oral capsule 250 mg, 500 mg</i> (Ancobon)	NM

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento

06/01/2025

Nombre del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>griseofulvin microsize oral suspension 125 mg/5 ml</i>	
<i>griseofulvin microsize oral tablet 500 mg</i>	
<i>griseofulvin ultramicrosize oral tablet 125 mg, 250 mg</i>	
<i>griseofulvin ultramicrosize oral tablet 165 mg</i> (Fulvicin P/G)	
<i>itraconazole oral capsule 100 mg</i> (Sporanox)	
<i>ketoconazole oral tablet 200 mg</i>	
<i>ketoconazole topical cream 2 %</i>	QL (180 per 30 days)
<i>ketoconazole topical shampoo 2 %</i>	QL (360 per 30 days)
<i>micafungin intravenous recon soln 100 mg, 50 mg</i> (Mycamine)	
<i>miconazole-3 vaginal suppository 200 mg</i>	
<i>nyamyc topical powder 100,000 unit/gram</i> (nystatin)	QL (60 per 30 days)
<i>nystatin oral suspension 100,000 unit/ml</i>	
<i>nystatin oral tablet 500,000 unit</i>	
<i>nystatin topical cream 100,000 unit/gram</i>	QL (60 per 30 days)
<i>nystatin topical ointment 100,000 unit/gram</i>	QL (60 per 30 days)
<i>nystatin topical powder 100,000 unit/gram</i> (Nyamyc)	QL (60 per 30 days)
<i>nystatin-triamcinolone topical cream 100,000-0.1 unit/g-%</i>	
<i>nystop topical powder 100,000 unit/gram</i> (nystatin)	QL (60 per 30 days)
<i>posaconazole oral tablet, delayed release (dr/ec) 100 mg</i> (Noxafil)	PA; NM
<i>terbinafine hcl oral tablet 250 mg</i>	
<i>voriconazole intravenous recon soln 200 mg</i> (Vfend IV)	PA BvD; NM
<i>voriconazole oral suspension for reconstitution 200 mg/5 ml (40 mg/ml)</i> (Vfend)	PA; NM
<i>voriconazole oral tablet 200 mg</i>	
<i>voriconazole oral tablet 50 mg</i> (Vfend)	
Antihistamínicos	

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento

06/01/2025

Nombre del Medicamento	Requerimientos/ Límites
Antihistamínicos	
<i>hydroxyzine hcl oral tablet 10 mg, 25 mg, 50 mg</i>	
<i>levocetirizine oral tablet 5 mg</i> (24HR Allergy Relief)	
Antimicobacteriales	
Antimicobacteriales	
<i>dapsone oral tablet 100 mg, 25 mg</i>	
<i>ethambutol oral tablet 100 mg, 400 mg</i>	
<i>isoniazid oral tablet 100 mg, 300 mg</i>	
PRIFTIN ORAL TABLET 150 MG	
<i>pyrazinamide oral tablet 500 mg</i>	
<i>rifabutin oral capsule 150 mg</i>	
<i>rifampin intravenous recon soln 600 mg</i> (Rifadin)	
<i>rifampin oral capsule 150 mg, 300 mg</i>	
SIRTURO ORAL TABLET 100 MG, 20 MG	PA; NM
TRECTOR ORAL TABLET 250 MG	
Antivirales (Sitémico)	
Antirretrovirales	
<i>abacavir oral solution 20 mg/ml</i> (Ziagen)	
<i>abacavir oral tablet 300 mg</i>	
<i>abacavir-lamivudine oral tablet 600-300 mg</i>	
APRETUDE INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED RELEASE 600 MG/3 ML (200 MG/ML) (cabotegravir)	NM; QL (24 per 365 days)
APTIVUS ORAL CAPSULE 250 MG	NM
<i>atazanavir oral capsule 150 mg</i>	
<i>atazanavir oral capsule 200 mg, 300 mg</i> (Reyataz)	
BIKTARVY ORAL TABLET 30-120-15 MG, 50-200-25 MG	NM; QL (30 per 30 days)

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento

06/01/2025

Nombre del Medicamento	Requerimientos/ Límites
CABENUVA INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED RELEASE 400 MG/2 ML- 600 MG/2 ML, 600 MG/3 ML- 900 MG/3 ML	NM
<i>cabotegravir intramuscular suspension,extended release 400 mg/2 ml (200 mg/ml)</i>	NM; QL (24 per 365 days)
<i>cabotegravir intramuscular suspension,extended release 600 mg/3 ml</i> (Apretude) (200 mg/ml)	NM; QL (24 per 365 days)
CIMDUO ORAL TABLET 300-300 MG	NM
COMPLERA ORAL TABLET 200-25- 300 MG	NM
<i>darunavir oral tablet 600 mg, 800 mg</i> (Prezista)	NM
DELSTRIGO ORAL TABLET 100-300- 300 MG	NM
DESCOVY ORAL TABLET 120-15 MG, 200-25 MG	NM
<i>didanosine oral capsule,delayed release(dr/ec) 250 mg, 400 mg</i>	
DOVATO ORAL TABLET 50-300 MG	NM
EDURANT ORAL TABLET 25 MG	NM
<i>efavirenz oral capsule 200 mg, 50 mg</i>	
<i>efavirenz oral tablet 600 mg</i>	
<i>efavirenz-emtricitabin-tenofovir oral tablet 600-200-300 mg</i>	NM
<i>efavirenz-lamivudine-tenofovir disoproxil fumarate oral tablet 400-300-300 mg</i> (Symfi Lo)	NM
<i>efavirenz-lamivudine-tenofovir disoproxil fumarate oral tablet 600-300-300 mg</i> (Symfi)	NM
<i>emtricitabine oral capsule 200 mg</i> (Emtriva)	
<i>emtricitabine-tenofovir (tdf) oral tablet 100-150 mg, 133-200 mg, 167-250 mg</i> (Truvada)	NM
<i>emtricitabine-tenofovir (tdf) oral tablet 200-300 mg</i> (Truvada)	

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento

06/01/2025

Nombre del Medicamento	Requerimientos/ Límites
EMTRIVA ORAL SOLUTION 10 MG/ML	
EPIVIR HBV ORAL SOLUTION 25 MG/5 ML (5 MG/ML)	
<i>etravirine oral tablet 100 mg, 200 mg</i> (Intelence)	NM
EVOTAZ ORAL TABLET 300-150 MG	NM
<i>fosamprenavir oral tablet 700 mg</i>	NM
FUZEON SUBCUTANEOUS RECON SOLN 90 MG	NM
GENVOYA ORAL TABLET 150-150-200-10 MG	NM
INTELENCE ORAL TABLET 25 MG	
ISENTRESS HD ORAL TABLET 600 MG	NM
ISENTRESS ORAL POWDER IN PACKET 100 MG	NM
ISENTRESS ORAL TABLET 400 MG	NM
ISENTRESS ORAL TABLET,CHEWABLE 100 MG	NM
ISENTRESS ORAL TABLET,CHEWABLE 25 MG	
JULUCA ORAL TABLET 50-25 MG	NM
<i>lamivudine oral solution 10 mg/ml</i> (Epivir)	
<i>lamivudine oral tablet 100 mg</i>	
<i>lamivudine oral tablet 150 mg, 300 mg</i> (Epivir)	
<i>lamivudine-zidovudine oral tablet 150-300 mg</i>	
LEXIVA ORAL SUSPENSION 50 MG/ML	
<i>lopinavir-ritonavir oral solution 400-100 mg/5 ml</i> (Kaletra)	QL (480 per 30 days)
<i>lopinavir-ritonavir oral tablet 100-25 mg</i> (Kaletra)	QL (300 per 30 days)
<i>lopinavir-ritonavir oral tablet 200-50 mg</i> (Kaletra)	QL (120 per 30 days)
<i>maraviroc oral tablet 150 mg, 300 mg</i> (Selzentry)	NM
<i>nevirapine oral suspension 50 mg/5 ml</i>	QL (1200 per 30 days)

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento

06/01/2025

Nombre del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>nevirapine oral tablet 200 mg</i>	QL (60 per 30 days)
<i>nevirapine oral tablet extended release 24 hr 100 mg</i>	QL (90 per 30 days)
<i>nevirapine oral tablet extended release 24 hr 400 mg</i>	QL (30 per 30 days)
NORVIR ORAL POWDER IN PACKET 100 MG	
NORVIR ORAL SOLUTION 80 MG/ML	
ODEFSEY ORAL TABLET 200-25-25 MG	NM
PIFELTRO ORAL TABLET 100 MG	NM
PREZCOBIX ORAL TABLET 800-150 MG-MG	NM
PREZISTA ORAL SUSPENSION 100 MG/ML	NM
PREZISTA ORAL TABLET 150 MG, 75 MG	NM
RETROVIR INTRAVENOUS SOLUTION 10 MG/ML	
REYATAZ ORAL POWDER IN PACKET 50 MG	NM
<i>rilpivirine intramuscular suspension, extended release 600 mg/2 ml (300 mg/ml), 900 mg/3 ml (300 mg/ml)</i>	NM
<i>ritonavir oral tablet 100 mg</i> (Norvir)	
RUKOBIA ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 12 HR 600 MG	NM
SELZENTRY ORAL SOLUTION 20 MG/ML	NM
SELZENTRY ORAL TABLET 25 MG	
SELZENTRY ORAL TABLET 75 MG	NM
<i>stavudine oral capsule 15 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg</i>	
STRIBILD ORAL TABLET 150-150-200-300 MG	NM

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento

06/01/2025

Nombre del Medicamento	Requerimientos/ Límites
SUNLENCA ORAL TABLET 300 MG, 300 MG (4-TABLET PACK)	NM
SUNLENCA SUBCUTANEOUS SOLUTION 309 MG/ML	PA BvD; NM
SYM TUZA ORAL TABLET 800-150-200-10 MG	NM
TEMIXYS ORAL TABLET 300-300 MG	NM
<i>tenofovir disoproxil fumarate oral tablet 300 mg</i> (Viread)	
TIVICAY ORAL TABLET 10 MG	
TIVICAY ORAL TABLET 25 MG, 50 MG	NM
TIVICAY PD ORAL TABLET FOR SUSPENSION 5 MG	NM
TRIUMEQ ORAL TABLET 600-50-300 MG	NM; QL (30 per 30 days)
TRIUMEQ PD ORAL TABLET FOR SUSPENSION 60-5-30 MG	
TRIZIVIR ORAL TABLET 300-150-300 MG	NM
TROGARZO INTRAVENOUS SOLUTION 200 MG/1.33 ML (150 MG/ML)	NM
VEMLIDY ORAL TABLET 25 MG	ST; NM; QL (30 per 30 days)
VIRACEPT ORAL TABLET 250 MG, 625 MG	NM
VIREAD ORAL POWDER 40 MG/SCOOP (40 MG/GRAM)	NM
VIREAD ORAL TABLET 150 MG, 200 MG, 250 MG	NM
VOCABRIA ORAL TABLET 30 MG	
<i>zidovudine oral capsule 100 mg</i> (Retrovir)	
<i>zidovudine oral syrup 10 mg/ml</i> (Retrovir)	
<i>zidovudine oral tablet 300 mg</i>	
Antivirales Hcv	

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento

06/01/2025

Nombre del Medicamento	Requerimientos/ Límites
EPCLUSA ORAL PELLETS IN PACKET 150-37.5 MG	PA; NM; QL (28 per 28 days)
EPCLUSA ORAL PELLETS IN PACKET 200-50 MG	PA; NM; QL (56 per 28 days)
EPCLUSA ORAL TABLET 200-50 MG	PA; NM; QL (28 per 28 days)
EPCLUSA ORAL TABLET 400-100 MG (sofosbuvir-velpatasvir)	PA; NM; QL (28 per 28 days)
HARVONI ORAL PELLETS IN PACKET 33.75-150 MG	PA; NM; QL (28 per 28 days)
HARVONI ORAL PELLETS IN PACKET 45-200 MG	PA; NM; QL (56 per 28 days)
HARVONI ORAL TABLET 45-200 MG	PA; NM; QL (28 per 28 days)
HARVONI ORAL TABLET 90-400 MG (ledipasvir-sofosbuvir)	PA; NM; QL (28 per 28 days)
VOSEVI ORAL TABLET 400-100-100 MG	PA; NM; QL (28 per 28 days)
Antivirales, Varios	
LIVTENCITY ORAL TABLET 200 MG	PA; NM
oseltamivir oral capsule 30 mg (Tamiflu)	QL (84 per 180 days)
oseltamivir oral capsule 45 mg (Tamiflu)	QL (48 per 180 days)
oseltamivir oral capsule 75 mg (Tamiflu)	QL (42 per 180 days)
oseltamivir oral suspension for reconstitution 6 mg/ml (Tamiflu)	QL (540 per 180 days)
PAXLOVID ORAL TABLETS,DOSE PACK 150 MG (10)- 100 MG (10)	QL (20 per 5 days)
PAXLOVID ORAL TABLETS,DOSE PACK 150 MG (6)- 100 MG (5)	QL (11 per 28 days)
PAXLOVID ORAL TABLETS,DOSE PACK 300 MG (150 MG X 2)-100 MG	QL (30 per 5 days)
PREVYMIS ORAL TABLET 240 MG, 480 MG	PA; NM; QL (28 per 28 days)
RELENZA DISKHALER INHALATION BLISTER WITH DEVICE 5 MG/ACTUATION	QL (60 per 180 days)
Interferones	

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento

06/01/2025

Nombre del Medicamento	Requerimientos/ Límites
INTRON A INJECTION RECON SOLN 10 MILLION UNIT (1 ML), 18 MILLION UNIT (1 ML), 50 MILLION UNIT (1 ML)	NM
PEGASYS SUBCUTANEOUS SOLUTION 180 MCG/ML	PA; NM
PEGASYS SUBCUTANEOUS SYRINGE 180 MCG/0.5 ML	PA; NM
Nucleósidos Y Nucleótidos	
<i>acyclovir oral capsule 200 mg</i>	
<i>acyclovir oral suspension 200 mg/5 ml</i> (Zovirax)	
<i>acyclovir oral tablet 400 mg, 800 mg</i>	
<i>acyclovir sodium intravenous solution 50 mg/ml</i>	PA BvD
<i>adefovir oral tablet 10 mg</i> (Hepsera)	
<i>entecavir oral tablet 0.5 mg, 1 mg</i> (Baraclude)	
<i>famciclovir oral tablet 125 mg, 250 mg, 500 mg</i>	
<i>ribavirin oral tablet 200 mg</i>	
<i>valacyclovir oral tablet 1 gram, 500 mg</i> (Valtrex)	
<i>valganciclovir oral recon soln 50 mg/ml</i> (Valcyte)	NM
<i>valganciclovir oral tablet 450 mg</i> (Valcyte)	
Cofactores Enzimáticos/Otros	
Cofactores Enzimáticos/Otros	
MIPLYFFA ORAL CAPSULE 124 MG, 47 MG, 62 MG, 93 MG	PA; NM; QL (90 per 30 days)
Dispositivos	
Dispositivos	
1ST TIER UNIFINE PENTP 5MM 31G 31 GAUGE X 3/16" (pen needle, diabetic)	PA; ST
1ST TIER UNIFINE PNTIP 4MM 32G 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	PA; ST
1ST TIER UNIFINE PNTIP 6MM 31G 31 GAUGE X 1/4" (pen needle, diabetic)	PA; ST

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento

06/01/2025

Nombre del Medicamento	Requerimientos/ Límites
1ST TIER UNIFINE PNTIP 8MM 31G STRL,SINGLE-USE,SHRT 31 GAUGE X 5/16" (pen needle, diabetic)	PA; ST
1ST TIER UNIFINE PNTTP 29GX1/2" 29 GAUGE X 1/2" (pen needle, diabetic)	PA; ST
1ST TIER UNIFINE PNTTP 31GX3/16 31 GAUGE X 3/16" (pen needle, diabetic)	PA; ST
1ST TIER UNIFINE PNTTP 32GX5/32 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	PA; ST
ABOUTTIME PEN NEEDLE NEEDLE 30 GAUGE X 5/16", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	PA; ST
ADVOCATE INS 0.3 ML 30GX5/16" 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16" (insulin syringe-needle u-100)	PA; ST
ADVOCATE INS 0.3 ML 31GX5/16" 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" (insulin syringe-needle u-100)	PA; ST
ADVOCATE INS 0.5 ML 30GX5/16" 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16" (insulin syringe-needle u-100)	PA; ST
ADVOCATE INS 0.5 ML 31GX5/16" 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16" (insulin syringe-needle u-100)	PA; ST
ADVOCATE INS 1 ML 31GX5/16" 1 ML 31 GAUGE X 5/16" (insulin syringe-needle u-100)	PA; ST
ADVOCATE INS SYR 0.3 ML 29GX1/2 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2" (insulin syringe-needle u-100)	PA; ST
ADVOCATE INS SYR 0.5 ML 29GX1/2 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2" (insulin syringe-needle u-100)	PA; ST
ADVOCATE INS SYR 1 ML 29GX1/2" 1 ML 29 GAUGE X 1/2" (insulin syringe-needle u-100)	PA; ST
ADVOCATE INS SYR 1 ML 30GX5/16 1 ML 30 GAUGE X 5/16 (insulin syringe-needle u-100)	PA; ST
ADVOCATE PEN NDL 12.7MM 29G 29 GAUGE X 1/2" (pen needle, diabetic)	PA; ST
ADVOCATE PEN NEEDLE 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	PA; ST
ADVOCATE PEN NEEDLE 4MM 33G 33 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	PA; ST

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento

06/01/2025

Nombre del Medicamento		Requerimientos/ Límites
ADVOCATE PEN NEEDLES 5MM 31G 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	PA; ST
ADVOCATE PEN NEEDLES 8MM 31G 31 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	PA; ST
ALCOHOL 70% SWABS	(Alcohol Pads)	PA; ST
ALCOHOL PADS TOPICAL PADS, MEDICATED	(alcohol swabs)	PA; ST
ALCOHOL PREP SWABS TOPICAL PADS, MEDICATED	(alcohol swabs)	PA; ST
ALCOHOL WIPES TOPICAL PADS, MEDICATED	(alcohol swabs)	PA; ST
AQINJECT PEN NEEDLE 31G 5MM 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	PA; ST
AQINJECT PEN NEEDLE 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	PA; ST
ASSURE ID DUO PRO NDL 31G 5MM 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic, safety)	PA; ST
ASSURE ID DUO-SHIELD 30GX3/16" 30 GAUGE X 3/16"		PA; ST
ASSURE ID DUO-SHIELD 30GX5/16" 30 GAUGE X 5/16"		PA; ST
ASSURE ID INSULIN SAFETY SYRINGE 1 ML 29 GAUGE X 1/2"		PA; ST
ASSURE ID PEN NEEDLE 30GX3/16" 30 GAUGE X 3/16"		PA; ST
ASSURE ID PEN NEEDLE 30GX5/16" 30 GAUGE X 5/16"		PA; ST
ASSURE ID PEN NEEDLE 31GX3/16" 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic, safety)	PA; ST
ASSURE ID PRO PEN NDL 30G 5MM 30 GAUGE X 3/16"		PA; ST
ASSURE ID SYR 0.5 ML 29GX1/2" (RX) 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"		PA; ST
ASSURE ID SYR 0.5 ML 31GX15/64" 0.5 ML 31 GAUGE X 15/64"		PA; ST

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento

06/01/2025

Nombre del Medicamento	Requerimientos/ Límites
ASSURE ID SYR 1 ML 31GX15/64" 1 ML 31 GAUGE X 15/64"	PA; ST
AUTOSHIELD DUO PEN NDL 30G 5MM 30 GAUGE X 3/16"	PA; ST
BD AUTOSHIELD DUO NDL 5MMX30G 30 GAUGE X 3/16"	PA; ST
BD ECLIPSE 30GX1/2" SYRINGE 1 ML 30 GAUGE X 1/2" (insulin syringe-needle u-100)	PA; ST
BD ECLIPSE NEEDLE 30GX1/2" (OTC) 30 X 1/2 "	PA; ST
BD INS SYR 0.3 ML 8MMX31G(1/2) 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	PA; ST
BD INS SYR UF 0.3 ML 12.7MMX30G 0.3 ML 30 GAUGE X 1/2" (insulin syringe-needle u-100)	PA; ST
BD INS SYR UF 0.5 ML 12.7MMX30G NOT FOR RETAIL SALE 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2" (insulin syringe-needle u-100)	PA; ST
BD INS SYRN UF 1 ML 12.7MMX30G NOT FOR RETAIL SALE 1 ML 30 GAUGE X 1/2" (insulin syringe-needle u-100)	PA; ST
BD INS SYRNG UF 0.3 ML 8MMX31G 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" (insulin syringe-needle u-100)	PA; ST
BD INS SYRNG UF 0.5 ML 8MMX31G 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16" (insulin syringe-needle u-100)	PA; ST
BD INSULIN SYR 1 ML 25GX1" 1 ML 25 X 1"	PA; ST
BD INSULIN SYR 1 ML 25GX5/8" 1 ML 25 GAUGE X 5/8" (insulin syringe-needle u-100)	PA; ST
BD INSULIN SYR 1 ML 26GX1/2" 1 ML 26 X 1/2"	PA; ST
BD INSULIN SYR 1 ML 27GX12.7MM 1 ML 27 GAUGE X 1/2" (insulin syringe-needle u-100)	PA; ST
BD INSULIN SYR 1 ML 27GX5/8" MICRO-FINE 1 ML 27 GAUGE X 5/8" (insulin syringe-needle u-100)	PA; ST
BD INSULIN SYRINGE SLIP TIP SYRINGE 1 ML (insulin syringe needleless)	PA; ST

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento

06/01/2025

Nombre del Medicamento		Requerimientos/ Límites
BD INSULIN SYRINGE U-500 SYRINGE 1/2 ML 31 GAUGE X 15/64"	(insulin u-500 syringe- needle)	PA; ST
BD LUER-LOK SYRINGE 1 ML	(Easy Touch Luer Lock Insulin)	PA; ST
BD NANO 2 GEN PEN NDL 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	PA; ST
BD SAFETGLD INS 0.3 ML 29G 13MM 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2"		PA; ST
BD SAFETGLD INS 0.5 ML 13MMX29G 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	PA; ST
BD SAFETYGLD INS 0.3 ML 31G 8MM 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"		PA; ST
BD SAFETYGLD INS 0.5 ML 30G 8MM 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"		PA; ST
BD SAFETYGLD INS 1 ML 29G 13MM 1 ML 29 GAUGE X 1/2"		PA; ST
BD SAFETYGLD INS 1 ML 6MMX31G 1 ML 31 GAUGE X 15/64"		PA; ST
BD SAFETYGLIDE SYRINGE 27GX5/8 1 ML 27 GAUGE X 5/8"	(insulin syringe-needle u-100)	PA; ST
BD SAFTYGLD INS 0.3 ML 6MMX31G 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64"		PA; ST
BD SAFTYGLD INS 0.5 ML 29G 13MM 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"		PA; ST
BD SAFTYGLD INS 0.5 ML 6MMX31G 0.5 ML 31 GAUGE X 15/64"		PA; ST
BD SINGLE USE SWAB	(alcohol swabs)	PA; ST
BD UF MICRO PEN NEEDLE 6MMX32G 32 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	PA; ST
BD UF MINI PEN NEEDLE 5MMX31G 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	PA; ST
BD UF NANO PEN NEEDLE 4MMX32G 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	PA; ST
BD UF ORIG PEN NDL 12.7MMX29G 29 GAUGE X 1/2"	(pen needle, diabetic)	PA; ST

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento

06/01/2025

Nombre del Medicamento		Requerimientos/ Límites
BD UF SHORT PEN NEEDLE 8MMX31G 31 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	PA; ST
BD VEO INS 0.3 ML 6MMX31G (1/2) 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64"		PA; ST
BD VEO INS SYRING 1 ML 6MMX31G 1 ML 31 GAUGE X 15/64"	(insulin syringe-needle u-100)	PA; ST
BD VEO INS SYRN 0.3 ML 6MMX31G 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64"	(insulin syringe-needle u-100)	PA; ST
BD VEO INS SYRN 0.5 ML 6MMX31G 1/2 ML 31 GAUGE X 15/64"	(insulin syringe-needle u-100)	PA; ST
BORDERED GAUZE 2"X2" 2 X 2 "	(gauze bandage)	PA; ST
CAREFINE PEN NEEDLE 12.7MM 29G 29 GAUGE X 1/2"	(pen needle, diabetic)	PA; ST
CAREFINE PEN NEEDLE 4MM 32G 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	PA; ST
CAREFINE PEN NEEDLE 5MM 32G 32 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	PA; ST
CAREFINE PEN NEEDLE 6MM 31G 31 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	PA; ST
CAREFINE PEN NEEDLE 8MM 30G 30 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	PA; ST
CAREFINE PEN NEEDLES 6MM 32G 32 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	PA; ST
CAREFINE PEN NEEDLES 8MM 31G 31 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	PA; ST
CARETOUCH ALCOHOL 70% PREP PAD	(alcohol swabs)	PA; ST
CARETOUCH PEN NEEDLE 29G 12MM 29 GAUGE X 1/2"	(pen needle, diabetic)	PA; ST
CARETOUCH PEN NEEDLE 31GX1/4" 31 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	PA; ST
CARETOUCH PEN NEEDLE 31GX3/16" 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	PA; ST
CARETOUCH PEN NEEDLE 31GX5/16" 31 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	PA; ST

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento

06/01/2025

Nombre del Medicamento		Requerimientos/ Límites
CARETOUCH PEN NEEDLE 32GX3/16" 32 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	PA; ST
CARETOUCH PEN NEEDLE 32GX5/32" 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	PA; ST
CARETOUCH SYR 0.3 ML 31GX5/16" 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	PA; ST
CARETOUCH SYR 0.5 ML 30GX5/16" 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	PA; ST
CARETOUCH SYR 0.5 ML 31GX5/16" 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	PA; ST
CARETOUCH SYR 1 ML 28GX5/16" 1 ML 28 X 5/16"		PA; ST
CARETOUCH SYR 1 ML 29GX5/16" 1 ML 29 GAUGE X 5/16		PA; ST
CARETOUCH SYR 1 ML 30GX5/16" 1 ML 30 GAUGE X 5/16	(insulin syringe-needle u-100)	PA; ST
CARETOUCH SYR 1 ML 31GX5/16" 1 ML 31 GAUGE X 5/16	(insulin syringe-needle u-100)	PA; ST
CLICKFINE 31G X 5/16" NEEDLES 8MM, UNIVERSAL 31 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	PA; ST
CLICKFINE PEN NEEDLE 32GX5/32" 32GX4MM, STERILE 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	PA; ST
CLICKFINE UNIVERSAL 31G X 1/4" 6MM, STORE BRAND 31 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	PA; ST
COMFORT EZ 0.3 ML 31G 15/64" 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64"	(insulin syringe-needle u-100)	PA; ST
COMFORT EZ 0.5 ML 31G 15/64" 1/2 ML 31 GAUGE X 15/64"	(insulin syringe-needle u-100)	PA; ST
COMFORT EZ INS 0.3 ML 30GX1/2" 0.3 ML 30 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	PA; ST
COMFORT EZ INS 0.3 ML 30GX5/16" 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	PA; ST
COMFORT EZ INS 1 ML 31G 15/64" 1 ML 31 GAUGE X 15/64"	(insulin syringe-needle u-100)	PA; ST

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento

06/01/2025

Nombre del Medicamento		Requerimientos/ Límites
COMFORT EZ INS 1 ML 31GX5/16" 1 ML 31 GAUGE X 5/16	(insulin syringe-needle u-100)	PA; ST
COMFORT EZ INSULIN SYR 0.3 ML 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	PA; ST
COMFORT EZ INSULIN SYR 0.5 ML 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	PA; ST
COMFORT EZ PEN NEEDLE 12MM 29G 29 GAUGE X 1/2"	(pen needle, diabetic)	PA; ST
COMFORT EZ PEN NEEDLES 4MM 32G SINGLE USE, MICRO 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	PA; ST
COMFORT EZ PEN NEEDLES 4MM 33G 33 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	PA; ST
COMFORT EZ PEN NEEDLES 5MM 31G MINI 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	PA; ST
COMFORT EZ PEN NEEDLES 5MM 32G SINGLE USE, MINI, HRI 32 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	PA; ST
COMFORT EZ PEN NEEDLES 5MM 33G 33 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	PA; ST
COMFORT EZ PEN NEEDLES 6MM 31G 31 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	PA; ST
COMFORT EZ PEN NEEDLES 6MM 32G 32 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	PA; ST
COMFORT EZ PEN NEEDLES 6MM 33G 33 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	PA; ST
COMFORT EZ PEN NEEDLES 8MM 31G SHORT 31 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	PA; ST
COMFORT EZ PEN NEEDLES 8MM 32G 32 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	PA; ST
COMFORT EZ PEN NEEDLES 8MM 33G 33 GAUGE X 5/16"		PA; ST
COMFORT EZ PRO PEN NDL 30G 8MM 30 GAUGE X 5/16"		PA; ST

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento

06/01/2025

Nombre del Medicamento		Requerimientos/ Límites
COMFORT EZ PRO PEN NDL 31G 4MM 31 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic, safety)	PA; ST
COMFORT EZ PRO PEN NDL 31G 5MM 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic, safety)	PA; ST
COMFORT EZ SYR 0.3 ML 29GX1/2" 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	PA; ST
COMFORT EZ SYR 0.5 ML 28GX1/2" 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	PA; ST
COMFORT EZ SYR 0.5 ML 29GX1/2" 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	PA; ST
COMFORT EZ SYR 0.5 ML 30GX1/2" 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	PA; ST
COMFORT EZ SYR 1 ML 28GX1/2" 1 ML 28 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	PA; ST
COMFORT EZ SYR 1 ML 29GX1/2" 1 ML 29 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	PA; ST
COMFORT EZ SYR 1 ML 30GX1/2" 1 ML 30 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	PA; ST
COMFORT EZ SYR 1 ML 30GX5/16" 1 ML 30 GAUGE X 5/16	(insulin syringe-needle u-100)	PA; ST
COMFORT POINT PEN NDL 31GX1/3" 31 GAUGE X 1/3"		PA; ST
COMFORT POINT PEN NDL 31GX1/6" 31 GAUGE X 1/6"		PA; ST
COMFORT TOUCH PEN NDL 31G 4MM 31 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	PA; ST
COMFORT TOUCH PEN NDL 31G 5MM 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	PA; ST
COMFORT TOUCH PEN NDL 31G 6MM 31 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	PA; ST
COMFORT TOUCH PEN NDL 31G 8MM 31 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	PA; ST
COMFORT TOUCH PEN NDL 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	PA; ST

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento

06/01/2025

Nombre del Medicamento		Requerimientos/ Límites
COMFORT TOUCH PEN NDL 32G 5MM 32 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	PA; ST
COMFORT TOUCH PEN NDL 32G 6MM 32 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	PA; ST
COMFORT TOUCH PEN NDL 32G 8MM 32 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	PA; ST
COMFORT TOUCH PEN NDL 33G 4MM 33 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	PA; ST
COMFORT TOUCH PEN NDL 33G 6MM 33 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	PA; ST
COMFORT TOUCH PEN NDL 33GX5MM 33 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	PA; ST
CURAD GAUZE PADS 2" X 2" 2 X 2 "	(gauze bandage)	PA; ST
CURITY ALCOHOL PREPS 2 PLY,MEDIUM	(alcohol swabs)	PA; ST
CURITY GAUZE SPONGES (12 PLY)- 200/BAG 2 X 2 "		PA; ST
CURITY GUAZE PADS 1'S(12 PLY) 2 X 2 "	(gauze bandage)	PA; ST
DERMACEA 2"X2" GAUZE 12 PLY, USP TYPE VII 2 X 2 "	(gauze bandage)	PA; ST
DERMACEA GAUZE 2"X2" SPONGE 8 PLY 2 X 2 "		PA; ST
DERMACEA NON-WOVEN 2"X2" SPNGE 2 X 2 "		PA; ST
DROPLET 0.3 ML 29G 12.7MM(1/2) 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2"		PA; ST
DROPLET 0.3 ML 30G 12.7MM(1/2) 0.3 ML 30 GAUGE X 1/2"		PA; ST
DROPLET 0.5 ML 29GX12.5MM(1/2) 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"		PA; ST
DROPLET 0.5 ML 30GX12.5MM(1/2) 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2"		PA; ST
DROPLET INS 0.3 ML 29GX12.5MM 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	PA; ST

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento

06/01/2025

Nombre del Medicamento	Requerimientos/ Límites
DROPLET INS 0.3 ML 30G 8MM(1/2) 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"	PA; ST
DROPLET INS 0.3 ML 30GX12.5MM (insulin syringe-needle 0.3 ML 30 GAUGE X 1/2" u-100)	PA; ST
DROPLET INS 0.3 ML 31G 6MM(1/2) (insulin syr/ndl u100 0.3 ML 31 GAUGE X 1/4" half mark)	PA; ST
DROPLET INS 0.3 ML 31G 8MM(1/2) 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	PA; ST
DROPLET INS 0.5 ML 29G 12.7MM 0.5 (insulin syringe-needle ML 29 GAUGE X 1/2" u-100)	PA; ST
DROPLET INS 0.5 ML 30G 12.7MM 0.5 (insulin syringe-needle ML 30 GAUGE X 1/2" u-100)	PA; ST
DROPLET INS 0.5 ML 30GX6MM(1/2) 0.5ML 30 GAUGE X 15/64"	PA; ST
DROPLET INS 0.5 ML 30GX8MM(1/2) 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"	PA; ST
DROPLET INS 0.5 ML 31GX6MM(1/2) 0.5 ML 31 GAUGE X 15/64"	PA; ST
DROPLET INS 0.5 ML 31GX8MM(1/2) 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	PA; ST
DROPLET INS SYR 0.3 ML 30GX6MM 0.3 ML 30 GAUGE X 15/64"	PA; ST
DROPLET INS SYR 0.3 ML 30GX8MM (insulin syringe-needle 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16" u-100)	PA; ST
DROPLET INS SYR 0.3 ML 31GX6MM (insulin syringe-needle 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64" u-100)	PA; ST
DROPLET INS SYR 0.3 ML 31GX8MM (insulin syringe-needle 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" u-100)	PA; ST
DROPLET INS SYR 0.5 ML 30G 8MM (insulin syringe-needle 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16" u-100)	PA; ST
DROPLET INS SYR 0.5 ML 31G 6MM (insulin syringe-needle 1/2 ML 31 GAUGE X 1/4" u-100)	PA; ST
DROPLET INS SYR 0.5 ML 31G 8MM (insulin syringe-needle 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16" u-100)	PA; ST

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento

06/01/2025

Nombre del Medicamento		Requerimientos/ Límites
DROPLET INS SYR 1 ML 29G 12.7MM 1 ML 29 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	PA; ST
DROPLET INS SYR 1 ML 30G 8MM 1 ML 30 GAUGE X 5/16	(insulin syringe-needle u-100)	PA; ST
DROPLET INS SYR 1 ML 30GX12.5MM 1 ML 30 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	PA; ST
DROPLET INS SYR 1 ML 30GX6MM 1 ML 30 GAUGE X 15/64"		PA; ST
DROPLET INS SYR 1 ML 31G 6MM 1 ML 31 GAUGE X 1/4"	(insulin syringe-needle u-100)	PA; ST
DROPLET INS SYR 1 ML 31GX6MM 1 ML 31 GAUGE X 15/64"	(insulin syringe-needle u-100)	PA; ST
DROPLET INS SYR 1 ML 31GX8MM 1 ML 31 GAUGE X 5/16	(insulin syringe-needle u-100)	PA; ST
DROPLET MICRON 34G 3.5MM 34 GAUGE X 9/64"		PA; ST
DROPLET PEN NEEDLE 29G 10MM 29 GAUGE X 3/8"		PA; ST
DROPLET PEN NEEDLE 29G 12MM 29 GAUGE X 1/2"	(pen needle, diabetic)	PA; ST
DROPLET PEN NEEDLE 30G 8MM 30 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	PA; ST
DROPLET PEN NEEDLE 31G 5MM 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	PA; ST
DROPLET PEN NEEDLE 31G 6MM 31 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	PA; ST
DROPLET PEN NEEDLE 31G 8MM 31 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	PA; ST
DROPLET PEN NEEDLE 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	PA; ST
DROPLET PEN NEEDLE 32G 5MM 32 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	PA; ST
DROPLET PEN NEEDLE 32G 6MM 32 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	PA; ST

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento

06/01/2025

Nombre del Medicamento	Requerimientos/ Límites
DROPLET PEN NEEDLE 32G 8MM 32 GAUGE X 5/16" (pen needle, diabetic)	PA; ST
DROPSAFE ALCOHOL 70% PREP PADS (alcohol swabs)	PA; ST
DROPSAFE INS SYR 0.3 ML 31G 6MM 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64"	PA; ST
DROPSAFE INS SYR 0.3 ML 31G 8MM 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	PA; ST
DROPSAFE INS SYR 0.5 ML 31G 6MM 0.5 ML 31 GAUGE X 15/64"	PA; ST
DROPSAFE INS SYR 0.5 ML 31G 8MM 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	PA; ST
DROPSAFE INSUL SYR 1 ML 31G 6MM 1 ML 31 GAUGE X 15/64"	PA; ST
DROPSAFE INSUL SYR 1 ML 31G 8MM 1 ML 31 GAUGE X 5/16"	PA; ST
DROPSAFE INSULN 1 ML 29G 12.5MM 1 ML 29 GAUGE X 1/2"	PA; ST
DROPSAFE PEN NEEDLE 31GX1/4" 31 GAUGE X 1/4"	PA; ST
DROPSAFE PEN NEEDLE 31GX3/16" 31 GAUGE X 3/16" (pen needle, diabetic, safety)	PA; ST
DROPSAFE PEN NEEDLE 31GX5/16" 31 GAUGE X 5/16"	PA; ST
DRUG MART ULTRA COMFORT SYR 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16", 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 5/16" (insulin syringe-needle u-100)	PA; ST
EASY CMFT SFTY PEN NDL 31G 5MM 31 GAUGE X 3/16" (pen needle, diabetic, safety)	PA; ST
EASY CMFT SFTY PEN NDL 31G 6MM 31 GAUGE X 1/4"	PA; ST
EASY CMFT SFTY PEN NDL 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"	PA; ST

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento

06/01/2025

Nombre del Medicamento	Requerimientos/ Límites
EASY COMFORT 0.3 ML 31G 1/2" 0.3 ML 31 X 1/2"	PA; ST
EASY COMFORT 0.3 ML 31G 5/16" 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100) PA; ST
EASY COMFORT 0.3 ML SYRINGE 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100) PA; ST
EASY COMFORT 0.5 ML 30GX1/2" 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100) PA; ST
EASY COMFORT 0.5 ML 31GX5/16" 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100) PA; ST
EASY COMFORT 0.5 ML 32GX5/16" 1/2 ML 32 GAUGE X 5/16"	PA; ST
EASY COMFORT 0.5 ML SYRINGE 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100) PA; ST
EASY COMFORT 1 ML 31GX5/16" 1 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100) PA; ST
EASY COMFORT 1 ML 32GX5/16" 1 ML 32 GAUGE X 5/16"	PA; ST
EASY COMFORT ALCOHOL 70% PAD	(alcohol swabs) PA; ST
EASY COMFORT INSULIN 1 ML SYR 1 ML 30 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100) PA; ST
EASY COMFORT PEN NDL 29G 4MM 29 GAUGE X 5/32"	PA; ST
EASY COMFORT PEN NDL 29G 5MM 29 GAUGE X 3/16"	PA; ST
EASY COMFORT PEN NDL 31GX1/4" 31 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic) PA; ST
EASY COMFORT PEN NDL 31GX3/16" 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic) PA; ST
EASY COMFORT PEN NDL 31GX5/16" 31 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic) PA; ST
EASY COMFORT PEN NDL 32GX5/32" 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic) PA; ST
EASY COMFORT PEN NDL 33G 4MM 33 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic) PA; ST

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento

06/01/2025

Nombre del Medicamento		Requerimientos/ Límites
EASY COMFORT PEN NDL 33G 5MM 33 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	PA; ST
EASY COMFORT PEN NDL 33G 6MM 33 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	PA; ST
EASY COMFORT SYR 0.5 ML 29G 8MM 1/2 ML 29 X5/16 "	(insulin syringe-needle u-100)	PA; ST
EASY COMFORT SYR 1 ML 29G 8MM 1 ML 29 GAUGE X 5/16		PA; ST
EASY COMFORT SYR 1 ML 30GX1/2" 1 ML 30 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	PA; ST
EASY GLIDE INS 0.3 ML 31GX6MM 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64"	(insulin syringe-needle u-100)	PA; ST
EASY GLIDE INS 0.5 ML 31GX6MM 1/2 ML 31 GAUGE X 15/64"	(insulin syringe-needle u-100)	PA; ST
EASY GLIDE INS 1 ML 31GX6MM 1 ML 31 GAUGE X 15/64"	(insulin syringe-needle u-100)	PA; ST
EASY GLIDE PEN NEEDLE 4MM 33G 33 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	PA; ST
EASY TOUCH 0.3 ML SYR 30GX1/2" 0.3 ML 30 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	PA; ST
EASY TOUCH 0.5 ML SYR 27GX1/2" 1/2 ML 27 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	PA; ST
EASY TOUCH 0.5 ML SYR 29GX1/2" 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"		PA; ST
EASY TOUCH 0.5 ML SYR 30GX1/2" 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	PA; ST
EASY TOUCH 0.5 ML SYR 30GX5/16 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"		PA; ST
EASY TOUCH 1 ML SYR 27GX1/2" 1 ML 27 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	PA; ST
EASY TOUCH 1 ML SYR 29GX1/2" 1 ML 29 GAUGE X 1/2"		PA; ST
EASY TOUCH 1 ML SYR 30GX1/2" 1 ML 30 GAUGE X 1/2"		PA; ST

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento

06/01/2025

Nombre del Medicamento	Requerimientos/ Límites
EASY TOUCH ALCOHOL 70% PADS GAMMA-STERILIZED (alcohol swabs)	PA; ST
EASY TOUCH FLIPLOK 1 ML 27GX0.5 1 ML 27 GAUGE X 1/2"	PA; ST
EASY TOUCH INSULIN 1 ML 29GX1/2 1 ML 29 GAUGE X 1/2"	PA; ST
EASY TOUCH INSULIN 1 ML 30GX1/2 1 ML 30 GAUGE X 1/2"	PA; ST
EASY TOUCH INSULIN SYR 0.3 ML 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" (insulin syringe-needle u-100)	PA; ST
EASY TOUCH INSULIN SYR 0.5 ML 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16" (insulin syringe-needle u-100)	PA; ST
EASY TOUCH INSULIN SYR 1 ML 1 ML 30 GAUGE X 5/16, 1 ML 31 GAUGE X 5/16 (insulin syringe-needle u-100)	PA; ST
EASY TOUCH INSULIN SYR 1 ML RETRACTABLE 1 ML 30 GAUGE X 1/2" (insulin syringe-needle u-100)	PA; ST
EASY TOUCH INSULN 1 ML 29GX1/2" 1 ML 29 GAUGE X 1/2"	PA; ST
EASY TOUCH INSULN 1 ML 30GX1/2" 1 ML 30 GAUGE X 1/2"	PA; ST
EASY TOUCH INSULN 1 ML 30GX5/16 1 ML 30 GAUGE X 5/16"	PA; ST
EASY TOUCH INSULN 1 ML 30GX5/16 1 ML 30 GAUGE X 5/16"	PA; ST
EASY TOUCH INSULN 1 ML 31GX5/16 1 ML 31 GAUGE X 5/16"	PA; ST
EASY TOUCH INSULN 1 ML 31GX5/16 1 ML 31 GAUGE X 5/16"	PA; ST
EASY TOUCH LUER LOK INSUL 1 ML (insulin syringe needleless)	PA; ST
EASY TOUCH PEN NEEDLE 29GX1/2" 29 GAUGE X 1/2" (pen needle, diabetic)	PA; ST

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento

06/01/2025

Nombre del Medicamento	Requerimientos/ Límites
EASY TOUCH PEN NEEDLE 30GX5/16 30 GAUGE X 5/16" (pen needle, diabetic)	PA; ST
EASY TOUCH PEN NEEDLE 31GX1/4" 31 GAUGE X 1/4" (pen needle, diabetic)	PA; ST
EASY TOUCH PEN NEEDLE 31GX3/16 31 GAUGE X 3/16" (pen needle, diabetic)	PA; ST
EASY TOUCH PEN NEEDLE 31GX5/16 31 GAUGE X 5/16" (pen needle, diabetic)	PA; ST
EASY TOUCH PEN NEEDLE 32GX1/4" 32 GAUGE X 1/4" (pen needle, diabetic)	PA; ST
EASY TOUCH PEN NEEDLE 32GX3/16 32 GAUGE X 3/16" (pen needle, diabetic)	PA; ST
EASY TOUCH PEN NEEDLE 32GX5/32 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	PA; ST
EASY TOUCH SAF PEN NDL 29G 5MM 29 GAUGE X 3/16"	PA; ST
EASY TOUCH SAF PEN NDL 29G 8MM 29 GAUGE X 5/16"	PA; ST
EASY TOUCH SAF PEN NDL 30G 5MM 30 GAUGE X 3/16"	PA; ST
EASY TOUCH SAF PEN NDL 30G 8MM 30 GAUGE X 5/16"	PA; ST
EASY TOUCH SYR 0.5 ML 28G 12.7MM 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2" (insulin syringe-needle u-100)	PA; ST
EASY TOUCH SYR 0.5 ML 29G 12.7MM 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2" (insulin syringe-needle u-100)	PA; ST
EASY TOUCH SYR 1 ML 27G 16MM 1 ML 27 GAUGE X 5/8" (insulin syringe-needle u-100)	PA; ST
EASY TOUCH SYR 1 ML 28G 12.7MM 1 ML 28 GAUGE X 1/2" (insulin syringe-needle u-100)	PA; ST
EASY TOUCH SYR 1 ML 29G 12.7MM 1 ML 29 GAUGE X 1/2" (insulin syringe-needle u-100)	PA; ST
EASY TOUCH UNI-SLIP SYR 1 ML (insulin syringe needleless)	PA; ST

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento

06/01/2025

Nombre del Medicamento		Requerimientos/ Límites
EASYTOUCH SAF PEN NDL 30G 6MM 30 GAUGE X 1/4"		PA; ST
EMBRACE PEN NEEDLE 29G 12MM 29 GAUGE X 1/2"	(pen needle, diabetic)	PA; ST
EMBRACE PEN NEEDLE 30G 5MM 30 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	PA; ST
EMBRACE PEN NEEDLE 30G 8MM 30 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	PA; ST
EMBRACE PEN NEEDLE 31G 5MM 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	PA; ST
EMBRACE PEN NEEDLE 31G 6MM 31 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	PA; ST
EMBRACE PEN NEEDLE 31G 8MM 31 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	PA; ST
EMBRACE PEN NEEDLE 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	PA; ST
EQL INSULIN 0.3 ML SYRINGE SHORT NEEDLE 0.3 ML 30	(Ultra Comfort Insulin Syringe)	PA; ST
EQL INSULIN 0.5 ML SYRINGE SHORT NEEDLE 1/2 ML 30 GAUGE	(Ultra Comfort Insulin Syringe)	PA; ST
EQL INSULIN 1 ML SYRINGE SHORT NEEDLE 1 ML 30 GAUGE X 7/16"	(Ultra Comfort Insulin Syringe)	PA; ST
FIFTY50 INS SYR 1 ML 31GX5/16" SHORT NEEDLE (OTC) 1 ML 31 GAUGE X 5/16	(Advocate Syringes)	PA; ST
FIFTY50 PEN 31G X 3/16" NEEDLE (OTC) 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	PA; ST
FP INSULIN 1 ML SYRINGE 1 ML 28 GAUGE	(Ultra Comfort Insulin Syringe)	PA; ST
FREESTYLE PREC 0.5 ML 30GX5/16 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	PA; ST
FREESTYLE PREC 0.5 ML 31GX5/16 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	PA; ST
FREESTYLE PREC 1 ML 30GX5/16" 1 ML 30 GAUGE X 5/16	(insulin syringe-needle u-100)	PA; ST

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento

06/01/2025

Nombre del Medicamento		Requerimientos/ Límites
FREESTYLE PREC 1 ML 31GX5/16" 1 ML 31 GAUGE X 5/16	(insulin syringe-needle u-100)	PA; ST
GAUZE PAD TOPICAL BANDAGE 2 X 2 "	(gauze bandage)	PA; ST
GNP ULT C 0.3 ML 29GX1/2" (1/2) 1/2 UNIT 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2"		PA; ST
GNP ULTRA COMFORT 0.5 ML SYR 1/2 ML 29 , 1/2 ML 30 GAUGE	(insulin syringe-needle u-100)	PA; ST
GNP ULTRA COMFORT 1 ML SYRINGE 1 ML 28 GAUGE, 1 ML 30 GAUGE X 7/16"	(insulin syringe-needle u-100)	PA; ST
GNP ULTRA COMFORT 1 ML SYRINGE 1 ML 29 GAUGE		PA; ST
GNP ULTRA COMFORT 3/10 ML SYR 0.3 ML 30	(insulin syringe-needle u-100)	PA; ST
HEALTHWISE INS 0.3 ML 30GX5/16" 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	PA; ST
HEALTHWISE INS 0.3 ML 31GX5/16" 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	PA; ST
HEALTHWISE INS 0.5 ML 30GX5/16" 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	PA; ST
HEALTHWISE INS 0.5 ML 31GX5/16" 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	PA; ST
HEALTHWISE INS 1 ML 30GX5/16" 1 ML 30 GAUGE X 5/16	(insulin syringe-needle u-100)	PA; ST
HEALTHWISE INS 1 ML 31GX5/16" 1 ML 31 GAUGE X 5/16	(insulin syringe-needle u-100)	PA; ST
HEALTHWISE PEN NEEDLE 31G 5MM 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	PA; ST
HEALTHWISE PEN NEEDLE 31G 8MM 31 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	PA; ST
HEALTHWISE PEN NEEDLE 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	PA; ST
HEALTHY ACCENTS PENTIP 4MM 32G 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	PA; ST

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento

06/01/2025

Nombre del Medicamento		Requerimientos/ Límites
HEALTHY ACCENTS PENTIP 5MM 31G 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	PA; ST
HEALTHY ACCENTS PENTIP 6MM 31G 31 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	PA; ST
HEALTHY ACCENTS PENTIP 8MM 31G 31 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	PA; ST
HEALTHY ACCENTS PENTIP 12MM 29G 29 GAUGE X 1/2"		PA; ST
HEB INCONTROL ALCOHOL 70% PADS	(alcohol swabs)	PA; ST
INCONTROL PEN NEEDLE 12MM 29G 29 GAUGE X 1/2"	(pen needle, diabetic)	PA; ST
INCONTROL PEN NEEDLE 4MM 32G 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	PA; ST
INCONTROL PEN NEEDLE 5MM 31G 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	PA; ST
INCONTROL PEN NEEDLE 6MM 31G 31 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	PA; ST
INCONTROL PEN NEEDLE 8MM 31G 31 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	PA; ST
INPEN (FOR HUMALOG) BLUE SUBCUTANEOUS INSULIN PEN		
INPEN (NOVOLOG OR FIASP) BLUE SUBCUTANEOUS INSULIN PEN		
INSULIN SYR 0.3 ML 31GX1/4(1/2) 0.3 ML 31 GAUGE X 1/4"	(Droplet Insulin Syr(half unit))	PA; ST
INSULIN SYRIN 0.5 ML 28GX1/2" (OTC) 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2"	(Comfort EZ Insulin Syringe)	PA; ST
INSULIN SYRIN 0.5 ML 29GX1/2" (OTC) 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"	(Comfort EZ Insulin Syringe)	PA; ST
INSULIN SYRIN 0.5 ML 30GX1/2" (RX) 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2"	(Comfort EZ Insulin Syringe)	PA; ST
INSULIN SYRIN 0.5 ML 30GX5/16" SHORT NEEDLE (OTC) 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"	(Advocate Syringes)	PA; ST

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento

06/01/2025

Nombre del Medicamento		Requerimientos/ Límites
INSULIN SYRINGE 0.5 ML 27G 1/2" OUTER 1/2 ML 27 GAUGE X 1/2"	(Easy Touch Insulin Syringe)	PA; ST
INSULIN SYRINGE 0.3 ML 0.3 ML 29 GAUGE	(insulin syringe-needle u-100)	PA; ST
INSULIN SYRINGE 0.3 ML 31GX1/4 0.3 ML 31 GAUGE X 1/4"	(Sure Comfort Insulin Syringe)	PA; ST
INSULIN SYRINGE 0.5 ML 1/2 ML 29	(insulin syringe-needle u-100)	PA; ST
INSULIN SYRINGE 0.5 ML 31GX1/4 1/2 ML 31 GAUGE X 1/4"	(Droplet Insulin Syringe)	PA; ST
INSULIN SYRINGE 1 ML 1 ML 29 GAUGE		PA; ST
INSULIN SYRINGE 1 ML 27G 1/2" INNER 1 ML 27 GAUGE X 1/2"	(Easy Touch Insulin Syringe)	PA; ST
INSULIN SYRINGE 1 ML 27G 16MM 1 ML 27 GAUGE X 5/8"	(BD SafetyGlide Syringe)	PA; ST
INSULIN SYRINGE 1 ML 28GX1/2" (OTC) 1 ML 28 GAUGE X 1/2"	(Comfort EZ Insulin Syringe)	PA; ST
INSULIN SYRINGE 1 ML 30GX1/2" (RX) 1 ML 30 GAUGE X 1/2"	(BD Eclipse Luer-Lok)	PA; ST
INSULIN SYRINGE 1 ML 30GX5/16" SHORT NEEDLE (OTC) 1 ML 30 GAUGE X 5/16	(Advocate Syringes)	PA; ST
INSULIN SYRINGE 1 ML 31GX1/4" 1 ML 31 GAUGE X 1/4"	(Droplet Insulin Syringe)	PA; ST
INSULIN SYRINGE-NEEDLE U-100 SYRINGE 0.3 ML 29 GAUGE	(Ultilet Insulin Syringe)	PA; ST
INSULIN SYRINGE-NEEDLE U-100 SYRINGE 1 ML 29 GAUGE X 1/2"	(Comfort EZ Insulin Syringe)	PA; ST
INSULIN SYRINGE-NEEDLE U-100 SYRINGE 1/2 ML 28 GAUGE	(Monoject Syringe)	PA; ST
INSUPEN 30G ULTRAFIN NEEDLE 30 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	PA; ST
INSUPEN 31G ULTRAFIN NEEDLE 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	PA; ST

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento

06/01/2025

Nombre del Medicamento		Requerimientos/ Límites
INSUPEN 32G 6MM PEN NEEDLE 32 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	PA; ST
INSUPEN 32G 8MM PEN NEEDLE 32 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	PA; ST
INSUPEN PEN NEEDLE 29GX12MM 29 GAUGE X 1/2"	(pen needle, diabetic)	PA; ST
INSUPEN PEN NEEDLE 31GX3/16" 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	PA; ST
INSUPEN PEN NEEDLE 32GX4MM 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	PA; ST
INSUPEN PEN NEEDLE 33GX4MM 33 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	PA; ST
IV ANTISEPTIC WIPES	(alcohol swabs)	PA; ST
KENDALL ALCOHOL 70% PREP PAD	(alcohol swabs)	PA; ST
LISCO SPONGES 100/BAG 2 X 2 "		PA; ST
LITE TOUCH 31GX1/4" PEN NEEDLE 31 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	PA; ST
LITE TOUCH INSULIN 0.5 ML SYR 1/2 ML 28 GAUGE, 1/2 ML 29 , 1/2 ML 30 GAUGE	(insulin syringe-needle u-100)	PA; ST
LITE TOUCH INSULIN 1 ML SYR 1 ML 28 GAUGE, 1 ML 30 GAUGE X 7/16"	(insulin syringe-needle u-100)	PA; ST
LITE TOUCH INSULIN 1 ML SYR 1 ML 29 GAUGE		PA; ST
LITE TOUCH INSULIN SYR 1 ML 1 ML 31 GAUGE X 5/16	(insulin syringe-needle u-100)	PA; ST
LITE TOUCH PEN NEEDLE 29G 29 GAUGE X 1/2"	(pen needle, diabetic)	PA; ST
LITE TOUCH PEN NEEDLE 31G 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	PA; ST
LITETOUCH INS 0.3 ML 29GX1/2" 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	PA; ST
LITETOUCH INS 0.3 ML 30GX5/16" 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	PA; ST

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento

06/01/2025

Nombre del Medicamento		Requerimientos/ Límites
LITETOUCH INS 0.3 ML 31GX5/16" 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	PA; ST
LITETOUCH INS 0.5 ML 31GX5/16" 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	PA; ST
LITETOUCH SYR 0.5 ML 28GX1/2" 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	PA; ST
LITETOUCH SYR 0.5 ML 29GX1/2" 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	PA; ST
LITETOUCH SYR 0.5 ML 30GX5/16" 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	PA; ST
LITETOUCH SYRIN 1 ML 28GX1/2" 1 ML 28 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	PA; ST
LITETOUCH SYRIN 1 ML 29GX1/2" 1 ML 29 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	PA; ST
LITETOUCH SYRIN 1 ML 30GX5/16" 1 ML 30 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	PA; ST
MAGELLAN INSUL SYRINGE 0.3 ML 0.3 ML 30 X 5/16"		PA; ST
MAGELLAN INSUL SYRINGE 0.5 ML 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"		PA; ST
MAGELLAN INSULIN SYR 0.3 ML 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2"		PA; ST
MAGELLAN INSULIN SYR 0.5 ML 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"		PA; ST
MAGELLAN INSULIN SYRINGE 1 ML 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 5/16"		PA; ST
MAXICOMFORT II PEN NDL 31GX6MM 31 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	PA; ST
MAXICOMFORT INS 0.5 ML 27GX1/2" 1/2 ML 27 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	PA; ST
MAXI-COMFORT INS 0.5 ML 28G 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	PA; ST
MAXICOMFORT INS 1 ML 27GX1/2" 1 ML 27 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	PA; ST

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento

06/01/2025

Nombre del Medicamento		Requerimientos/ Límites
MAXI-COMFORT INS 1 ML 28GX1/2" 1 ML 28 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	PA; ST
MAXICOMFORT PEN NDL 29G X 5MM 29 GAUGE X 3/16"		PA; ST
MAXICOMFORT PEN NDL 29G X 8MM 29 GAUGE X 5/16"		PA; ST
MICRODOT PEN NEEDLE 31GX6MM 31 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	PA; ST
MICRODOT PEN NEEDLE 32GX4MM 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	PA; ST
MICRODOT PEN NEEDLE 33GX4MM 33 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	PA; ST
MICRODOT READYGARD NDL 31G 5MM OUTER 31 GAUGE X 3/16"		PA; ST
MINI PEN NEEDLE 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"	(1st Tier Unifine Pentips)	PA; ST
MINI PEN NEEDLE 32G 5MM 32 GAUGE X 3/16"	(CareFine Pen Needle)	PA; ST
MINI PEN NEEDLE 32G 6MM 32 GAUGE X 1/4"	(CareFine Pen Needle)	PA; ST
MINI PEN NEEDLE 32G 8MM 32 GAUGE X 5/16"	(Comfort EZ Pen Needles)	PA; ST
MINI PEN NEEDLE 33G 4MM 33 GAUGE X 5/32"	(Advocate Pen Needle)	PA; ST
MINI PEN NEEDLE 33G 5MM 33 GAUGE X 3/16"	(Comfort EZ Pen Needles)	PA; ST
MINI PEN NEEDLE 33G 6MM 33 GAUGE X 1/4"	(Comfort EZ Pen Needles)	PA; ST
MINI ULTRA-THIN II PEN NDL 31G STERILE 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	PA; ST
MONOJECT 0.5 ML SYRN 28GX1/2" 1/2 ML 28 GAUGE	(insulin syringe-needle u-100)	PA; ST
MONOJECT 1 ML SYRN 27X1/2" 1 ML 27 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	PA; ST

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento

06/01/2025

Nombre del Medicamento		Requerimientos/ Límites
MONOJECT 1 ML SYRN 28GX1/2" (OTC) 1 ML 28 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	PA; ST
MONOJECT INSUL SYR U100 (OTC) 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	PA; ST
MONOJECT INSUL SYR U100 .5ML,29GX1/2" (OTC) 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	PA; ST
MONOJECT INSUL SYR U100 0.5 ML CONVERTS TO 29G (OTC) 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	PA; ST
MONOJECT INSUL SYR U100 1 ML 1 ML 25 GAUGE X 5/8"	(insulin syringe-needle u-100)	PA; ST
MONOJECT INSUL SYR U100 1 ML 3'S, 29GX1/2" (OTC) 1 ML 29 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	PA; ST
MONOJECT INSUL SYR U100 1 ML W/O NEEDLE (OTC)	(insulin syringes (disposable))	PA; ST
MONOJECT INSULIN SYR 0.3 ML (OTC) 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	PA; ST
MONOJECT INSULIN SYR 0.3 ML 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	PA; ST
MONOJECT INSULIN SYR 0.5 ML (OTC) 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	PA; ST
MONOJECT INSULIN SYR 0.5 ML 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	PA; ST
MONOJECT INSULIN SYR 1 ML 3'S (OTC) 1 ML 30 GAUGE X 5/16	(insulin syringe-needle u-100)	PA; ST
MONOJECT INSULIN SYR U-100 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	PA; ST
MONOJECT INSULIN SYR U-100 29 GAUGE X 1/2"		PA; ST
MONOJECT SYRINGE 0.3 ML 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	PA; ST
MONOJECT SYRINGE 0.5 ML 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	PA; ST

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento

06/01/2025

Nombre del Medicamento		Requerimientos/ Límites
MONOJECT SYRINGE 1 ML 1 ML 31 GAUGE X 5/16	(insulin syringe-needle u-100)	PA; ST
NANO 2 GEN PEN NEEDLE 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	PA; ST
NOVOFINE 30 NEEDLE		PA; ST
NOVOFINE 32G NEEDLES 32 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	PA; ST
NOVOFINE PLUS PEN NDL 32GX1/6" 32 GAUGE X 1/6"		PA; ST
NOVOTWIST NEEDLE 32G 5MM 32 GAUGE X 1/5"		PA; ST
OMNIPOD 5 (G6/LIBRE 2 PLUS) SUBCUTANEOUS CARTRIDGE		QL (10 per 30 days)
OMNIPOD 5 G6-G7 INTRO KT(GEN5) SUBCUTANEOUS CARTRIDGE		QL (1 per 365 days)
OMNIPOD 5 G6-G7 PODS (GEN 5) SUBCUTANEOUS CARTRIDGE		QL (10 per 30 days)
OMNIPOD 5 INTRO(G6/LIBRE2PLUS) SUBCUTANEOUS CARTRIDGE		QL (1 per 365 days)
OMNIPOD CLASSIC PDM KIT(GEN 3)		QL (1 per 365 days)
OMNIPOD CLASSIC PODS (GEN 3) SUBCUTANEOUS CARTRIDGE		QL (10 per 30 days)
OMNIPOD DASH INTRO KIT (GEN 4) SUBCUTANEOUS CARTRIDGE		QL (1 per 365 days)
OMNIPOD DASH PDM KIT (GEN 4)		QL (1 per 365 days)
OMNIPOD DASH PODS (GEN 4) SUBCUTANEOUS CARTRIDGE		QL (10 per 30 days)
PC UNIFINE PENTIPS 8MM NEEDLE SHORT 31 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	PA; ST
PEN NEEDLE 30G 5MM OUTER 30 GAUGE X 3/16"	(Embrace Pen Needle)	PA; ST
PEN NEEDLE 30G 8MM INNER 30 GAUGE X 5/16"	(CareFine Pen Needle)	PA; ST
PEN NEEDLE 30G X 5/16" 30 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	PA; ST

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento

06/01/2025

Nombre del Medicamento		Requerimientos/ Límites
PEN NEEDLE, DIABETIC NEEDLE 29 GAUGE X 1/2"	(1st Tier Unifine Pentips Plus)	PA; ST
PEN NEEDLES 12MM 29G 29GX12MM,STRL 29 GAUGE X 1/2"	(pen needle, diabetic)	PA; ST
PEN NEEDLES 4MM 32G 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	PA; ST
PEN NEEDLES 6MM 31G 31GX6MM, STRL 31 GAUGE X 1/4"	(1st Tier Unifine Pentips)	PA; ST
PEN NEEDLES 8MM 31G 31GX8MM,STRL,SHORT (OTC) 31 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	PA; ST
PENTIPS PEN NEEDLE 29G 1/2" 29 GAUGE X 1/2"	(pen needle, diabetic)	PA; ST
PENTIPS PEN NEEDLE 31G 1/4" 31 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	PA; ST
PENTIPS PEN NEEDLE 31GX3/16" MINI, 5MM 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	PA; ST
PENTIPS PEN NEEDLE 31GX5/16" SHORT, 8MM 31 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	PA; ST
PENTIPS PEN NEEDLE 32G 1/4" 32 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	PA; ST
PENTIPS PEN NEEDLE 32GX5/32" 4MM 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	PA; ST
PIP PEN NEEDLE 31G X 5MM 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	PA; ST
PIP PEN NEEDLE 32G X 4MM 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	PA; ST
PREVENT PEN NEEDLE 31GX1/4" 31 GAUGE X 1/4"		PA; ST
PREVENT PEN NEEDLE 31GX5/16" 31 GAUGE X 5/16"		PA; ST
PRO COMFORT 0.5 ML 30GX1/2" 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	PA; ST
PRO COMFORT 0.5 ML 30GX5/16" 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	PA; ST

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento

06/01/2025

Nombre del Medicamento		Requerimientos/ Límites
PRO COMFORT 0.5 ML 31GX5/16" 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	PA; ST
PRO COMFORT 1 ML 30GX1/2" 1 ML 30 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	PA; ST
PRO COMFORT 1 ML 30GX5/16" 1 ML 30 GAUGE X 5/16	(insulin syringe-needle u-100)	PA; ST
PRO COMFORT 1 ML 31GX5/16" 1 ML 31 GAUGE X 5/16	(insulin syringe-needle u-100)	PA; ST
PRO COMFORT ALCOHOL 70% PADS	(alcohol swabs)	PA; ST
PRO COMFORT PEN NDL 31GX5/16" 31 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	PA; ST
PRO COMFORT PEN NDL 32G X 1/4" 32 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	PA; ST
PRO COMFORT PEN NDL 4MM 32G 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	PA; ST
PRO COMFORT PEN NDL 5MM 32G 32 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	PA; ST
PRODIGY INS SYR 1 ML 28GX1/2" 1 ML 28 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	PA; ST
PRODIGY SYRNG 0.5 ML 31GX5/16" 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	PA; ST
PRODIGY SYRNGE 0.3 ML 31GX5/16" 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	PA; ST
PURE CMFT SFTY PEN NDL 31G 5MM 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic, safety)	PA; ST
PURE CMFT SFTY PEN NDL 31G 6MM 31 GAUGE X 1/4"		PA; ST
PURE CMFT SFTY PEN NDL 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"		PA; ST
PURE COMFORT ALCOHOL 70% PADS	(alcohol swabs)	PA; ST
PURE COMFORT PEN NDL 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	PA; ST
PURE COMFORT PEN NDL 32G 5MM 32 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	PA; ST

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento

06/01/2025

Nombre del Medicamento	Requerimientos/ Límites
PURE COMFORT PEN NDL 32G 6MM 32 GAUGE X 1/4" (pen needle, diabetic)	PA; ST
PURE COMFORT PEN NDL 32G 8MM 32 GAUGE X 5/16" (pen needle, diabetic)	PA; ST
RAYA SURE PEN NEEDLE 29G 12MM 29 GAUGE X 15/32"	PA; ST
RAYA SURE PEN NEEDLE 31G 4MM 31 GAUGE X 5/32" (Comfort Touch Pen Needle)	PA; ST
RAYA SURE PEN NEEDLE 31G 5MM 31 GAUGE X 13/64"	PA; ST
RAYA SURE PEN NEEDLE 31G 6MM 31 GAUGE X 15/64"	PA; ST
RELION INS SYR 0.3 ML 31GX6MM 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64" (Comfort EZ Insulin Syringe)	PA; ST
RELION INS SYR 0.5 ML 31GX6MM 1/2 ML 31 GAUGE X 15/64" (Comfort EZ Insulin Syringe)	PA; ST
RELION INS SYR 1 ML 31GX15/64" 1 ML 31 GAUGE X 15/64" (Comfort EZ Insulin Syringe)	PA; ST
RELI-ON INSULIN 0.5 ML SYR 1/2 ML 29 (Ultilet Insulin Syringe)	PA; ST
RELI-ON INSULIN 1 ML SYR 1 ML 29 GAUGE X 7/16"	PA; ST
RELION MINI PEN 31G X 1/4" NDL 31 GAUGE X 1/4" (pen needle, diabetic)	PA; ST
SAFESNAP INS SYR UNITS-100 0.3 ML 30GX5/16",10X10 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"	PA; ST
SAFESNAP INS SYR UNITS-100 0.5 ML 29GX1/2",10X10 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"	PA; ST
SAFESNAP INS SYR UNITS-100 0.5 ML 30GX5/16",10X10 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"	PA; ST
SAFESNAP INS SYR UNITS-100 1 ML 28GX1/2",10X10 1 ML 28 GAUGE X 1/2"	PA; ST

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento

06/01/2025

Nombre del Medicamento	Requerimientos/ Límites
SAFESNAP INS SYR UNITS-100 1 ML 29GX1/2",10X10 1 ML 29 GAUGE X 1/2"	PA; ST
SAFETY PEN NEEDLE 31G 4MM 31 GAUGE X 5/32" (Comfort EZ PRO Safety Pen Ndl)	PA; ST
SAFETY PEN NEEDLE 5MM X 31G 31 GAUGE X 3/16" (pen needle, diabetic, safety)	PA; ST
SAFETY SYRINGE 0.5 ML 30G 1/2" 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2"	PA; ST
SECURESAFE PEN NDL 30GX5/16" OUTER 30 GAUGE X 5/16"	PA; ST
SECURESAFE SYR 0.5 ML 29G 1/2" OUTER 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"	PA; ST
SECURESAFE SYRNG 1 ML 29G 1/2" OUTER 1 ML 29 GAUGE X 1/2"	PA; ST
SKY SAFETY PEN NEEDLE 30G 5MM 30 GAUGE X 3/16"	PA; ST
SKY SAFETY PEN NEEDLE 30G 8MM 30 GAUGE X 5/16"	PA; ST
SM ULT CFT 0.3 ML 31GX5/16(1/2) 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	PA; ST
STERILE PADS 2" X 2" 2 X 2 " (gauze bandage)	PA; ST
SURE CMFT SFTY PEN NDL 31G 6MM 31 GAUGE X 1/4"	PA; ST
SURE CMFT SFTY PEN NDL 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"	PA; ST
NEEDLES, INSULIN DISP., SAFETY (insulin syringe-needle u-100)	PA; ST
SURE COMFORT 0.5 ML SYRINGE 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16", 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2" (insulin syringe-needle u-100)	PA; ST
SURE COMFORT 1 ML SYRINGE 1 ML 28 GAUGE X 1/2", 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 5/16, 1 ML 31 GAUGE X 5/16 (insulin syringe-needle u-100)	PA; ST

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento

06/01/2025

Nombre del Medicamento		Requerimientos/ Límites
SURE COMFORT 3/10 ML SYRINGE 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	PA; ST
SURE COMFORT 3/10 ML SYRINGE INSULIN SYRINGE 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	PA; ST
SURE COMFORT 30G PEN NEEDLE 30 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	PA; ST
SURE COMFORT ALCOHOL PREP PADS	(alcohol swabs)	PA; ST
SURE COMFORT INS 0.3 ML 31GX1/4 0.3 ML 31 GAUGE X 1/4"	(insulin syringe-needle u-100)	PA; ST
SURE COMFORT INS 0.5 ML 31GX1/4 1/2 ML 31 GAUGE X 1/4"	(insulin syringe-needle u-100)	PA; ST
SURE COMFORT INS 1 ML 31GX1/4" 1 ML 31 GAUGE X 1/4"	(insulin syringe-needle u-100)	PA; ST
SURE COMFORT PEN NDL 29GX1/2" 12.7MM 29 GAUGE X 1/2"	(pen needle, diabetic)	PA; ST
SURE COMFORT PEN NDL 31G 5MM 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	PA; ST
SURE COMFORT PEN NDL 31G 8MM 31 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	PA; ST
SURE COMFORT PEN NDL 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	PA; ST
SURE COMFORT PEN NDL 32G 6MM 32 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	PA; ST
SURE-FINE PEN NEEDLES 12.7MM 29 GAUGE X 1/2"	(pen needle, diabetic)	PA; ST
SURE-FINE PEN NEEDLES 5MM 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	PA; ST
SURE-FINE PEN NEEDLES 8MM 31 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	PA; ST
SURE-JECT INSU SYR U100 0.3 ML 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	PA; ST

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento

06/01/2025

Nombre del Medicamento	Requerimientos/ Límites
SURE-JECT INSU SYR U100 0.5 ML 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100) PA; ST
SURE-JECT INSU SYR U100 1 ML 1 ML 28 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100) PA; ST
SURE-JECT INSUL SYR U100 1 ML 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 5/16	(insulin syringe-needle u-100) PA; ST
SURE-JECT INSULIN SYRINGE 1 ML 1 ML 31 GAUGE X 5/16	(insulin syringe-needle u-100) PA; ST
SURE-PREP ALCOHOL PREP PADS	(alcohol swabs) PA; ST
TECHLITE 0.3 ML 29GX12MM (1/2) 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2"	PA; ST
TECHLITE 0.3 ML 30GX8MM (1/2) 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"	PA; ST
TECHLITE 0.3 ML 31GX6MM (1/2) 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64"	PA; ST
TECHLITE 0.3 ML 31GX8MM (1/2) 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	PA; ST
TECHLITE 0.5 ML 30GX12MM (1/2) 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2"	PA; ST
TECHLITE 0.5 ML 30GX8MM (1/2) 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"	PA; ST
TECHLITE 0.5 ML 31GX6MM (1/2) 0.5 ML 31 GAUGE X 15/64"	PA; ST
TECHLITE 0.5 ML 31GX8MM (1/2) 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	PA; ST
TECHLITE INS SYR 1 ML 29GX12MM 1 ML 29 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100) PA; ST
TECHLITE INS SYR 1 ML 30GX12MM 1 ML 30 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100) PA; ST
TECHLITE INS SYR 1 ML 31GX6MM 1 ML 31 GAUGE X 15/64"	(insulin syringe-needle u-100) PA; ST
TECHLITE INS SYR 1 ML 31GX8MM 1 ML 31 GAUGE X 5/16	(insulin syringe-needle u-100) PA; ST

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento

06/01/2025

Nombre del Medicamento		Requerimientos/ Límites
TECHLITE PEN NEEDLE 29GX1/2" 29 GAUGE X 1/2"	(pen needle, diabetic)	PA; ST
TECHLITE PEN NEEDLE 29GX3/8" 29 GAUGE X 3/8"		PA; ST
TECHLITE PEN NEEDLE 31GX1/4" 31 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	PA; ST
TECHLITE PEN NEEDLE 31GX3/16" 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	PA; ST
TECHLITE PEN NEEDLE 31GX5/16" 31 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	PA; ST
TECHLITE PEN NEEDLE 32GX1/4" 32 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	PA; ST
TECHLITE PEN NEEDLE 32GX5/16" 32 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	PA; ST
TECHLITE PEN NEEDLE 32GX5/32" 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	PA; ST
TECHLITE PLUS PEN NDL 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	PA; ST
TERUMO INS SYRINGE U100-1 ML 1 ML 27 GAUGE X 1/2", 1 ML 28 GAUGE X 1/2", 1 ML 29 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	PA; ST
TERUMO INS SYRINGE U100-1 ML 1 ML 30 GAUGE X 3/8"	(Thinpro Insulin Syringe)	PA; ST
TERUMO INS SYRINGE U100-1/2 ML 1/2 ML 30 X 3/8"	(insulin syringe-needle u-100)	PA; ST
TERUMO INS SYRINGE U100-1/3 ML 0.3 ML 30 X 3/8"	(insulin syringe-needle u-100)	PA; ST
TERUMO INS SYRNG U100-1/2 ML 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 1/2 ML 27 GAUGE X 1/2", 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	PA; ST
THINPRO INS SYRIN U100-0.3 ML 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 X 3/8"	(insulin syringe-needle u-100)	PA; ST
THINPRO INS SYRIN U100-0.3 ML 0.3 ML 31 X 3/8"		PA; ST

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento

06/01/2025

Nombre del Medicamento	Requerimientos/ Límites
THINPRO INS SYRIN U100-0.5 ML 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2", 1/2 ML 30 X 3/8" (insulin syringe-needle u-100)	PA; ST
THINPRO INS SYRIN U100-0.5 ML 0.5 ML 31 X 3/8"	PA; ST
THINPRO INS SYRIN U100-1 ML 1 ML 28 GAUGE X 1/2", 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 3/8" (insulin syringe-needle u-100)	PA; ST
THINPRO INS SYRIN U100-1 ML 1 ML 31 X 3/8"	PA; ST
TOPCARE CLICKFINE 31G X 1/4" 31 GAUGE X 1/4" (pen needle, diabetic)	PA; ST
TOPCARE CLICKFINE 31G X 5/16" 31 GAUGE X 5/16" (pen needle, diabetic)	PA; ST
TOPCARE ULTRA COMFORT SYRINGE 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16", 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 5/16, 1 ML 31 GAUGE X 5/16 (insulin syringe-needle u-100)	PA; ST
TRUE CMFRT PRO 0.5 ML 30G 5/16" 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16" (insulin syringe-needle u-100)	PA; ST
TRUE CMFRT PRO 0.5 ML 31G 5/16" 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16" (insulin syringe-needle u-100)	PA; ST
TRUE CMFRT PRO 0.5 ML 32G 5/16" 1/2 ML 32 GAUGE X 5/16"	PA; ST
TRUE CMFT SFTY PEN NDL 31G 5MM 31 GAUGE X 3/16" (pen needle, diabetic, safety)	PA; ST
TRUE CMFT SFTY PEN NDL 31G 6MM 31 GAUGE X 1/4"	PA; ST
TRUE CMFT SFTY PEN NDL 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"	PA; ST
TRUE COMFORT 0.5 ML 30G 1/2" 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2"	PA; ST

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento

06/01/2025

Nombre del Medicamento		Requerimientos/ Límites
TRUE COMFORT 0.5 ML 30G 5/16" 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"		PA; ST
TRUE COMFORT 0.5 ML 31G 5/16" 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"		PA; ST
TRUE COMFORT 0.5 ML 31GX5/16" 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	PA; ST
TRUE COMFORT 1 ML 31GX5/16" 1 ML 31 GAUGE X 5/16	(insulin syringe-needle u-100)	PA; ST
TRUE COMFORT ALCOHOL 70% PADS	(alcohol swabs)	PA; ST
TRUE COMFORT PEN NDL 31G 8MM 31 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	PA; ST
TRUE COMFORT PEN NDL 31GX5MM 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	PA; ST
TRUE COMFORT PEN NDL 31GX6MM 31 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	PA; ST
TRUE COMFORT PEN NDL 32G 5MM 32 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	PA; ST
TRUE COMFORT PEN NDL 32G 6MM 32 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	PA; ST
TRUE COMFORT PEN NDL 32GX4MM 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	PA; ST
TRUE COMFORT PEN NDL 33G 4MM 33 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	PA; ST
TRUE COMFORT PEN NDL 33G 5MM 33 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	PA; ST
TRUE COMFORT PEN NDL 33G 6MM 33 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	PA; ST
TRUE COMFORT PRO 1 ML 30G 1/2" 1 ML 30 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	PA; ST
TRUE COMFORT PRO 1 ML 30G 5/16" 1 ML 30 GAUGE X 5/16	(insulin syringe-needle u-100)	PA; ST
TRUE COMFORT PRO 1 ML 31G 5/16" 1 ML 31 GAUGE X 5/16	(insulin syringe-needle u-100)	PA; ST

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento

06/01/2025

Nombre del Medicamento	Requerimientos/ Límites
TRUE COMFORT PRO 1 ML 32G 5/16" 1 ML 32 GAUGE X 5/16"	PA; ST
TRUE COMFORT PRO ALCOHOL PADS (alcohol swabs)	PA; ST
TRUE COMFORT SFTY 1 ML 30G 1/2" 1 ML 30 GAUGE X 1/2"	PA; ST
TRUE COMFORT PRO 0.5 ML 30G 1/2" 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100) PA; ST
TRUE COMFORT SFTY 1 ML 30G 5/16" 1 ML 30 GAUGE X 5/16"	PA; ST
TRUE COMFORT SFTY 1 ML 31G 5/16" 1 ML 31 GAUGE X 5/16"	PA; ST
TRUE COMFORT SFTY 1 ML 32G 5/16" 1 ML 32 GAUGE X 5/16"	PA; ST
TRUEPLUS PEN NEEDLE 29GX1/2" 29 GAUGE X 1/2"	(pen needle, diabetic) PA; ST
TRUEPLUS PEN NEEDLE 31G X 1/4" 31 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic) PA; ST
TRUEPLUS PEN NEEDLE 31GX3/16" 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic) PA; ST
TRUEPLUS PEN NEEDLE 31GX5/16" 31 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic) PA; ST
TRUEPLUS PEN NEEDLE 32GX5/32" 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic) PA; ST
TRUEPLUS SYR 0.3 ML 29GX1/2" 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100) PA; ST
TRUEPLUS SYR 0.3 ML 30GX5/16" 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100) PA; ST
TRUEPLUS SYR 0.3 ML 31GX5/16" 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100) PA; ST
TRUEPLUS SYR 0.5 ML 28GX1/2" 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100) PA; ST
TRUEPLUS SYR 0.5 ML 29GX1/2" 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100) PA; ST

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento

06/01/2025

Nombre del Medicamento		Requerimientos/ Límites
TRUEPLUS SYR 0.5 ML 30GX5/16" 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	PA; ST
TRUEPLUS SYR 0.5 ML 31GX5/16" 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	PA; ST
TRUEPLUS SYR 1 ML 28GX1/2" 1 ML 28 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	PA; ST
TRUEPLUS SYR 1 ML 29GX1/2" 1 ML 29 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	PA; ST
TRUEPLUS SYR 1 ML 30GX5/16" 1 ML 30 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	PA; ST
TRUEPLUS SYR 1 ML 31GX5/16" 1 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	PA; ST
ULTICAR INS 0.3 ML 31GX1/4(1/2) 0.3 ML 31 GAUGE X 1/4"	(insulin syr/ndl u100 half mark)	PA; ST
ULTICARE INS 1 ML 31GX1/4" 1 ML 31 GAUGE X 1/4"	(insulin syringe-needle u-100)	PA; ST
ULTICARE INS SYR 0.3 ML 30G 8MM 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"	(Advocate Syringes)	PA; ST
ULTICARE INS SYR 0.3 ML 31G 6MM 0.3 ML 31 GAUGE X 1/4"	(insulin syringe-needle u-100)	PA; ST
ULTICARE INS SYR 0.3 ML 31G 8MM 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	(Advocate Syringes)	PA; ST
ULTICARE INS SYR 0.5 ML 31G 6MM 1/2 ML 31 GAUGE X 1/4"	(insulin syringe-needle u-100)	PA; ST
ULTICARE INS SYR 0.5 ML 31G 8MM (OTC) 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	(Advocate Syringes)	PA; ST
ULTICARE INS SYR 1 ML 30GX1/2" 1 ML 30 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	PA; ST
ULTICARE PEN NEEDLE 31GX3/16" 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	PA; ST
ULTICARE PEN NEEDLE 6MM 31G 31 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	PA; ST
ULTICARE PEN NEEDLE 8MM 31G 31 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	PA; ST

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento

06/01/2025

Nombre del Medicamento	Requerimientos/ Límites
ULTICARE PEN NEEDLES 12MM 29G 29 GAUGE X 1/2" (pen needle, diabetic)	PA; ST
ULTICARE PEN NEEDLES 4MM 32G MICRO, 32GX4MM 32 GAUGE X 5/32" (pen needle, diabetic)	PA; ST
ULTICARE PEN NEEDLES 6MM 32G 32 GAUGE X 1/4" (pen needle, diabetic)	PA; ST
ULTICARE SAFE PEN NDL 30G 8MM 30 GAUGE X 5/16"	PA; ST
ULTICARE SAFE PEN NDL 5MM 30G 30 GAUGE X 3/16"	PA; ST
ULTICARE SYR 0.3 ML 29G 12.7MM 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2" (Comfort EZ Insulin Syringe)	PA; ST
ULTICARE SYR 0.3 ML 30GX1/2" 0.3 ML 30 GAUGE X 1/2" (insulin syringe-needle u-100)	PA; ST
ULTICARE SYR 0.3 ML 31GX5/16" SHORT NDL 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" (insulin syringe-needle u-100)	PA; ST
ULTICARE SYR 0.5 ML 30GX1/2" 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2" (insulin syringe-needle u-100)	PA; ST
ULTICARE SYR 0.5 ML 31GX5/16" SHORT NDL 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16" (insulin syringe-needle u-100)	PA; ST
ULTICARE SYR 1 ML 31GX5/16" 1 ML 31 GAUGE X 5/16 (insulin syringe-needle u-100)	PA; ST
ULTIGUARD SAFE 1 ML 30G 12.7MM 1 ML 30 X 1/2"	PA; ST
ULTIGUARD SAFE0.3 ML 30G 12.7MM 0.3 ML 30 X 1/2"	PA; ST
ULTIGUARD SAFE0.5 ML 30G 12.7MM 1/2 ML 30 X 1/2"	PA; ST
ULTIGUARD SAFEPACK 1 ML 31G 8MM 1 ML 31 X 5/16"	PA; ST
ULTIGUARD SAFEPACK 29G 12.7MM 29 GAUGE X 1/2"	PA; ST
ULTIGUARD SAFEPACK 31G 5MM 31 GAUGE X 3/16"	PA; ST

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento

06/01/2025

Nombre del Medicamento		Requerimientos/ Límites
ULTIGUARD SAFEPAK 31G 6MM 31 GAUGE X 1/4"		PA; ST
ULTIGUARD SAFEPAK 31G 8MM 31 GAUGE X 5/16"		PA; ST
ULTIGUARD SAFEPAK 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"		PA; ST
ULTIGUARD SAFEPAK 32G 6MM 32 GAUGE X 1/4"		PA; ST
ULTIGUARD SAFEPK 0.3 ML 31G 8MM 0.3 ML 31 X 5/16"		PA; ST
ULTIGUARD SAFEPK 0.5 ML 31G 8MM 1/2 ML 31 X 5/16"		PA; ST
ULTILET ALCOHOL STERL SWAB	(alcohol swabs)	PA; ST
ULTILET INSULIN SYRINGE 0.3 ML 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	PA; ST
ULTILET INSULIN SYRINGE 0.5 ML 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	PA; ST
ULTILET INSULIN SYRINGE 1 ML 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 5/16, 1 ML 31 GAUGE X 5/16	(insulin syringe-needle u-100)	PA; ST
ULTILET PEN NEEDLE 29 GAUGE		PA; ST
ULTILET PEN NEEDLE 4MM 32G 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	PA; ST
ULTRA COMFORT 0.3 ML SYRINGE 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	PA; ST
ULTRA COMFORT 0.5 ML 28GX1/2" CONVERTS TO 29G 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	PA; ST
ULTRA COMFORT 0.5 ML 29GX1/2" 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	PA; ST
ULTRA COMFORT 0.5 ML SYRINGE 1/2 ML 28 GAUGE	(insulin syringe-needle u-100)	PA; ST

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento

06/01/2025

Nombre del Medicamento		Requerimientos/ Límites
ULTRA COMFORT 1 ML 31GX5/16" 1 ML 31 GAUGE X 5/16	(insulin syringe-needle u-100)	PA; ST
ULTRA COMFORT 1 ML SYRINGE 1 ML 28 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	PA; ST
ULTRA FLO 0.3 ML 30G 1/2" (1/2) 0.3 ML 30 GAUGE X 1/2"		PA; ST
ULTRA FLO 0.3 ML 30G 5/16"(1/2) 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"		PA; ST
ULTRA FLO 0.3 ML 31G 5/16"(1/2) 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"		PA; ST
ULTRA FLO PEN NEEDLE 31G 5MM 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	PA; ST
ULTRA FLO PEN NEEDLE 31G 8MM 31 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	PA; ST
ULTRA FLO PEN NEEDLE 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	PA; ST
ULTRA FLO PEN NEEDLE 33G 4MM 33 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	PA; ST
ULTRA FLO PEN NEEDLES 12MM 29G 29 GAUGE X 1/2"	(pen needle, diabetic)	PA; ST
ULTRA FLO SYR 0.3 ML 29GX1/2" 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	PA; ST
ULTRA FLO SYR 0.3 ML 30G 5/16" 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	PA; ST
ULTRA FLO SYR 0.3 ML 31G 5/16" 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	PA; ST
ULTRA FLO SYR 0.5 ML 29G 1/2" 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	PA; ST
ULTRA THIN PEN NDL 32G X 4MM 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	PA; ST
ULTRACARE INS 0.3 ML 30GX5/16" 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	PA; ST
ULTRACARE INS 0.3 ML 31GX5/16" 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	PA; ST

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento

06/01/2025

Nombre del Medicamento		Requerimientos/ Límites
ULTRACARE INS 0.5 ML 30GX1/2" 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	PA; ST
ULTRACARE INS 0.5 ML 30GX5/16" 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	PA; ST
ULTRACARE INS 0.5 ML 31GX5/16" 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	PA; ST
ULTRACARE INS 1 ML 30G X 5/16" 1 ML 30 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	PA; ST
ULTRACARE INS 1 ML 30GX1/2" 1 ML 30 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	PA; ST
ULTRACARE INS 1 ML 31G X 5/16" 1 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	PA; ST
ULTRACARE PEN NEEDLE 31GX1/4" 31 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	PA; ST
ULTRACARE PEN NEEDLE 31GX3/16" 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	PA; ST
ULTRACARE PEN NEEDLE 31GX5/16" 31 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	PA; ST
ULTRACARE PEN NEEDLE 32GX1/4" 32 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	PA; ST
ULTRACARE PEN NEEDLE 32GX3/16" 32 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	PA; ST
ULTRACARE PEN NEEDLE 32GX5/32" 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	PA; ST
ULTRACARE PEN NEEDLE 33GX5/32" 33 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	PA; ST
ULTRA-FINE 0.3 ML 30G 12.7MM 0.3 ML 30 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	PA; ST
ULTRA-FINE 0.3 ML 31G 6MM (1/2) 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64"		PA; ST
ULTRA-FINE 0.3 ML 31G 8MM (1/2) 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"		PA; ST
ULTRA-FINE 0.5 ML 30G 12.7MM 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	PA; ST

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento

06/01/2025

Nombre del Medicamento		Requerimientos/ Límites
ULTRA-FINE INS SYR 1 ML 31G 8MM 1 ML 31 GAUGE X 5/16	(insulin syringe-needle u-100)	PA; ST
ULTRA-FINE PEN NDL 29G 12.7MM 29 GAUGE X 1/2"	(pen needle, diabetic)	PA; ST
ULTRA-FINE PEN NEEDLE 32G 6MM 32 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	PA; ST
ULTRA-FINE SYR 0.5 ML 31G 8MM 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	PA; ST
ULTRA-FINE SYR 1 ML 30G 12.7MM 1 ML 30 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	PA; ST
ULTRA-THIN II 1 ML 31GX5/16" 1 ML 31 GAUGE X 5/16	(insulin syringe-needle u-100)	PA; ST
ULTRA-THIN II INS 0.3 ML 30G 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	PA; ST
ULTRA-THIN II INS 0.3 ML 31G 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	PA; ST
ULTRA-THIN II INS 0.5 ML 29G 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	PA; ST
ULTRA-THIN II INS 0.5 ML 30G 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	PA; ST
ULTRA-THIN II INS 0.5 ML 31G 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	PA; ST
ULTRA-THIN II INS SYR 1 ML 29G 1 ML 29 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	PA; ST
ULTRA-THIN II INS SYR 1 ML 30G 1 ML 30 GAUGE X 5/16	(insulin syringe-needle u-100)	PA; ST
ULTRA-THIN II PEN NDL 29GX1/2" 29 GAUGE X 1/2"	(pen needle, diabetic)	PA; ST
ULTRA-THIN II PEN NDL 31GX5/16 31 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	PA; ST
UNIFINE OTC PEN NEEDLE 31G 5MM 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	PA; ST
UNIFINE OTC PEN NEEDLE 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	PA; ST

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento

06/01/2025

Nombre del Medicamento		Requerimientos/ Límites
UNIFINE PEN NEEDLE 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	PA; ST
UNIFINE PENTIPS 12MM 29G 29GX12MM, STRL 29 GAUGE X 1/2"	(pen needle, diabetic)	PA; ST
UNIFINE PENTIPS 31GX3/16" 31GX5MM,STRL,MINI 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	PA; ST
UNIFINE PENTIPS 32GX1/4" 32 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	PA; ST
UNIFINE PENTIPS 32GX5/32" 32GX4MM, STRL, NANO 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	PA; ST
UNIFINE PENTIPS 33GX5/32" 33 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	PA; ST
UNIFINE PENTIPS 6MM 31G 31 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	PA; ST
UNIFINE PENTIPS MAX 30GX3/16" 30 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	PA; ST
UNIFINE PENTIPS NEEDLES 29G 29 GAUGE		PA; ST
UNIFINE PENTIPS PLUS 29GX1/2" 12MM 29 GAUGE X 1/2"	(pen needle, diabetic)	PA; ST
UNIFINE PENTIPS PLUS 30GX3/16" 30 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	PA; ST
UNIFINE PENTIPS PLUS 31GX1/4" ULTRA SHORT, 6MM 31 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	PA; ST
UNIFINE PENTIPS PLUS 31GX3/16" MINI 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	PA; ST
UNIFINE PENTIPS PLUS 31GX5/16" SHORT 31 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	PA; ST
UNIFINE PENTIPS PLUS 32GX5/32" 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	PA; ST
UNIFINE PENTIPS PLUS 33GX5/32" 33 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	PA; ST

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento

06/01/2025

Nombre del Medicamento	Requerimientos/ Límites
UNIFINE PROTECT 30G 5MM 30 GAUGE X 3/16"	PA; ST
UNIFINE PROTECT 30G 8MM 30 GAUGE X 5/16"	PA; ST
UNIFINE PROTECT 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"	PA; ST
UNIFINE SAFECONTROL 30G 5MM 30 GAUGE X 3/16"	PA; ST
UNIFINE SAFECONTROL 30G 8MM 30 GAUGE X 5/16"	PA; ST
UNIFINE SAFECONTROL 31G 5MM 31 (pen needle, diabetic, GAUGE X 3/16" safety)	PA; ST
UNIFINE SAFECONTROL 31G 6MM 31 GAUGE X 1/4"	PA; ST
UNIFINE SAFECONTROL 31G 8MM 31 GAUGE X 5/16"	PA; ST
UNIFINE SAFECONTROL 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"	PA; ST
UNIFINE ULTRA PEN NDL 31G 5MM (pen needle, diabetic) 31 GAUGE X 3/16"	PA; ST
UNIFINE ULTRA PEN NDL 31G 6MM (pen needle, diabetic) 31 GAUGE X 1/4"	PA; ST
UNIFINE ULTRA PEN NDL 31G 8MM (pen needle, diabetic) 31 GAUGE X 5/16"	PA; ST
UNIFINE ULTRA PEN NDL 32G 4MM (pen needle, diabetic) 32 GAUGE X 5/32"	PA; ST
VANISHPOINT 0.5 ML 30GX1/2" SY (insulin syringe-needle OUTER 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2" u-100)	PA; ST
VANISHPOINT INS 1 ML 30GX3/16" 1 ML 30 GAUGE X 3/16"	PA; ST
VANISHPOINT U-100 29X1/2 SYR 1 (insulin syringe-needle ML 29 GAUGE X 1/2" u-100)	PA; ST
VERIFINE INS SYR 1 ML 29G 1/2" 1 (insulin syringe-needle ML 29 GAUGE X 1/2" u-100)	PA; ST

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento

06/01/2025

Nombre del Medicamento		Requerimientos/ Límites
VERIFINE PEN NEEDLE 29G 12MM 29 GAUGE X 1/2"	(pen needle, diabetic)	PA; ST
VERIFINE PEN NEEDLE 31G 5MM 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	PA; ST
VERIFINE PEN NEEDLE 31G X 6MM 31 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	PA; ST
VERIFINE PEN NEEDLE 31G X 8MM 31 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	PA; ST
VERIFINE PEN NEEDLE 32G 6MM 32 GAUGE X 1/4"	(pen needle, diabetic)	PA; ST
VERIFINE PEN NEEDLE 32G X 4MM 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	PA; ST
VERIFINE PEN NEEDLE 32G X 5MM 32 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	PA; ST
VERIFINE PLUS PEN NDL 31G 5MM 31 GAUGE X 3/16"	(pen needle, diabetic)	PA; ST
VERIFINE PLUS PEN NDL 31G 8MM 31 GAUGE X 5/16"	(pen needle, diabetic)	PA; ST
VERIFINE PLUS PEN NDL 32G 4MM 32 GAUGE X 5/32"	(pen needle, diabetic)	PA; ST
VERIFINE PLUS PEN NDL 32G 4MM-SHARPS CONTAINER 32 GAUGE X 5/32"		PA; ST
VERIFINE SYRING 0.5 ML 29G 1/2" 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2"	(insulin syringe-needle u-100)	PA; ST
VERIFINE SYRING 1 ML 31G 5/16" 1 ML 31 GAUGE X 5/16	(insulin syringe-needle u-100)	PA; ST
VERIFINE SYRNG 0.3 ML 31G 5/16" 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	PA; ST
VERIFINE SYRNG 0.5 ML 31G 5/16" 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16"	(insulin syringe-needle u-100)	PA; ST
VERSALON ALL PURPOSE SPONGE 25'S,N-STERILE,3PLY 2 X 2 "		PA; ST
V-GO 20 DEVICE		QL (30 per 30 days)
V-GO 30 DEVICE		QL (30 per 30 days)

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento

06/01/2025

Nombre del Medicamento		Requerimientos/ Límites
V-GO 40 DEVICE		QL (30 per 30 days)
WEBCOL ALCOHOL PREPS 20'S,LARGE	(alcohol swabs)	PA; ST
Preparaciones De Reemplazo		
Preparaciones De Reemplazo		
<i>d5 % (d-glucose)-0.9 % sodchlr intravenous parenteral solution</i>	(d5 % and 0.9 % sodium chloride)	
<i>d5 % and 0.9 % sodium chloride intravenous parenteral solution</i>	(D5 % (d-glucose)-0.9 % sodchlr)	
<i>d5 %-0.45 % sodium chloride intravenous parenteral solution</i>		
<i>klor-con m10 oral tablet,er particles/crystals 10 meq</i>	(potassium chloride)	
<i>klor-con m15 oral tablet,er particles/crystals 15 meq</i>	(potassium chloride)	
<i>klor-con m20 oral tablet,er particles/crystals 20 meq</i>	(potassium chloride)	
<i>magnesium sulfate injection solution 500 mg/ml (50 %)</i>		
<i>magnesium sulfate injection syringe 500 mg/ml (50 %)</i>		
<i>potassium chloride intravenous solution 2 meq/ml</i>		PA BvD
<i>potassium chloride oral capsule, extended release 10 meq, 8 meq</i>		
<i>potassium chloride oral liquid 20 meq/15 ml, 40 meq/15 ml</i>		
<i>potassium chloride oral tablet extended release 10 meq</i>	(Klor-Con 10)	
<i>potassium chloride oral tablet extended release 15 meq, 20 meq</i>		
<i>potassium chloride oral tablet extended release 8 meq</i>	(Klor-Con 8)	
<i>potassium chloride oral tablet,er particles/crystals 10 meq</i>	(Klor-Con M10)	

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento

06/01/2025

Nombre del Medicamento		Requerimientos/ Límites
potassium chloride oral tablet,er particles/crystals 15 meq	(Klor-Con M15)	
potassium chloride oral tablet,er particles/crystals 20 meq	(Klor-Con M20)	
potassium citrate oral tablet extended release 10 meq (1,080 mg)	(Urocit-K 10)	
potassium citrate oral tablet extended release 15 meq	(Urocit-K 15)	
potassium citrate oral tablet extended release 5 meq (540 mg)		
sodium chloride 0.45 % intravenous parenteral solution 0.45 %		
sodium chloride 0.9 % intravenous parenteral solution		
sodium chloride 0.9% solution mini-bag, single use		
Productos		
Sanguíneos/Modificadores/Expansores De Volumen		
Agentes Hematológicos, Varios		
anagrelide oral capsule 0.5 mg	(Agrylin)	
anagrelide oral capsule 1 mg		
tranexamic acid oral tablet 650 mg		
Anticoagulantes		
dabigatran etexilate oral capsule 110 mg, 150 mg, 75 mg	(Pradaxa)	QL (60 per 30 days)
ELIQUIS DVT-PE TREAT 30D START ORAL TABLETS,DOSE PACK 5 MG (74 TABS)		
ELIQUIS ORAL TABLET 2.5 MG		QL (60 per 30 days)
ELIQUIS ORAL TABLET 5 MG		QL (74 per 30 days)
enoxaparin subcutaneous syringe 100 mg/ml, 150 mg/ml	(Lovenox)	QL (60 per 30 days)
enoxaparin subcutaneous syringe 120 mg/0.8 ml, 80 mg/0.8 ml	(Lovenox)	QL (48 per 30 days)

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento

06/01/2025

Nombre del Medicamento		Requerimientos/ Límites
<i>enoxaparin subcutaneous syringe 30 mg/0.3 ml</i>	(Lovenox)	QL (18 per 30 days)
<i>enoxaparin subcutaneous syringe 40 mg/0.4 ml</i>	(Lovenox)	QL (24 per 30 days)
<i>enoxaparin subcutaneous syringe 60 mg/0.6 ml</i>	(Lovenox)	QL (36 per 30 days)
<i>fondaparinux subcutaneous syringe 10 mg/0.8 ml</i>	(Arixtra)	NM; QL (24 per 30 days)
<i>fondaparinux subcutaneous syringe 2.5 mg/0.5 ml</i>	(Arixtra)	QL (15 per 30 days)
<i>fondaparinux subcutaneous syringe 5 mg/0.4 ml</i>	(Arixtra)	NM; QL (12 per 30 days)
<i>fondaparinux subcutaneous syringe 7.5 mg/0.6 ml</i>	(Arixtra)	NM; QL (18 per 30 days)
<i>heparin (porcine) injection solution 1,000 unit/ml, 10,000 unit/ml, 20,000 unit/ml, 5,000 unit/ml</i>		
<i>jantoven oral tablet 1 mg, 10 mg, 2 mg, 2.5 mg, 3 mg, 4 mg, 5 mg, 6 mg, 7.5 mg</i>	(warfarin)	
<i>warfarin oral tablet 1 mg, 10 mg, 2 mg, 2.5 mg, 3 mg, 4 mg, 5 mg, 6 mg, 7.5 mg</i>	(Jantoven)	
XARELTO DVT-PE TREAT 30D START ORAL TABLETS,DOSE PACK 15 MG (42)- 20 MG (9)		
XARELTO ORAL SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 1 MG/ML		QL (600 per 30 days)
XARELTO ORAL TABLET 10 MG, 20 MG		QL (30 per 30 days)
XARELTO ORAL TABLET 15 MG		QL (60 per 30 days)
XARELTO ORAL TABLET 2.5 MG	(rivaroxaban)	QL (60 per 30 days)
Inhibidores De Agregación De Plaquetas		
<i>aspirin-dipyridamole oral capsule, er multiphase 12 hr 25-200 mg</i>		
BRILINTA ORAL TABLET 60 MG, 90 MG	(ticagrelor)	

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento

06/01/2025

Nombre del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>cilostazol oral tablet 100 mg, 50 mg</i>	
<i>clopidogrel oral tablet 75 mg</i> (Plavix)	
<i>dipyridamole oral tablet 50 mg, 75 mg</i>	PA-HRM; AGE (Max 64 Years)
<i>pentoxifylline oral tablet extended release 400 mg</i>	
<i>prasugrel hcl oral tablet 10 mg, 5 mg</i> (Effient)	QL (30 per 30 days)
Modificadores De Formación De Sangre	
ALVAIZ ORAL TABLET 18 MG, 36 MG, 54 MG, 9 MG	PA; NM; QL (60 per 30 days)
HAEGARDA SUBCUTANEOUS RECON SOLN 2,000 UNIT	PA; NM; QL (30 per 30 days)
HAEGARDA SUBCUTANEOUS RECON SOLN 3,000 UNIT	PA; NM; QL (20 per 30 days)
NEULASTA ONPRO SUBCUTANEOUS SYRINGE, W/ WEARABLE INJECTOR 6 MG/0.6 ML	PA; NM
NIVESTYM INJECTION SOLUTION 300 MCG/ML, 480 MCG/1.6 ML	PA; NM
NIVESTYM SUBCUTANEOUS SYRINGE 300 MCG/0.5 ML, 480 MCG/0.8 ML	PA; NM
NYVEPRIA SUBCUTANEOUS SYRINGE 6 MG/0.6 ML	PA; NM
PROMACTA ORAL POWDER IN PACKET 12.5 MG	PA; NM; QL (90 per 30 days)
PROMACTA ORAL POWDER IN PACKET 25 MG	PA; NM; QL (180 per 30 days)
PROMACTA ORAL TABLET 12.5 MG	PA; NM; QL (90 per 30 days)
PROMACTA ORAL TABLET 25 MG	PA; NM; QL (30 per 30 days)
PROMACTA ORAL TABLET 50 MG, 75 MG	PA; NM; QL (60 per 30 days)
RETACRIT INJECTION SOLUTION 10,000 UNIT/ML, 2,000 UNIT/ML, 20,000 UNIT/2 ML, 20,000 UNIT/ML, 3,000 UNIT/ML, 4,000 UNIT/ML	PA; QL (12 per 28 days)

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento

06/01/2025

Nombre del Medicamento	Requerimientos/ Límites
RETACRIT INJECTION SOLUTION 40,000 UNIT/ML	PA; QL (4 per 28 days)
Reemplazo/Modificadores De Enzima	
Reemplazo/Modificadores De Enzima	
CREON ORAL CAPSULE,DELAYED RELEASE(DR/EC) 12,000-38,000 - 60,000 UNIT, 24,000-76,000 -120,000 UNIT, 3,000-9,500- 15,000 UNIT, 36,000-114,000- 180,000 UNIT, 6,000- 19,000 -30,000 UNIT	
<i>javygtor oral tablet,soluble 100 mg</i> (sapropterin)	PA; NM
<i>nitisinone oral capsule 10 mg, 2 mg, 20 mg, 5 mg</i> (Orfadin)	PA; NM
ORFADIN ORAL SUSPENSION 4 MG/ML	PA; NM
PULMOZYME INHALATION SOLUTION 1 MG/ML	PA BvD; NM
<i>sapropterin oral tablet,soluble 100 mg</i> (Javygtor)	PA; NM
STRENSIQ SUBCUTANEOUS SOLUTION 18 MG/0.45 ML, 28 MG/0.7 ML, 40 MG/ML, 80 MG/0.8 ML	PA; NM; LA
ZENPEP ORAL CAPSULE,DELAYED RELEASE(DR/EC) 10,000-32,000 - 42,000 UNIT, 15,000-47,000 -63,000 UNIT, 20,000-63,000- 84,000 UNIT, 25,000-79,000- 105,000 UNIT, 3,000- 10,000 -14,000-UNIT, 40,000-126,000- 168,000 UNIT, 5,000-17,000- 24,000 UNIT, 60,000-189,600- 252,600 UNIT	
Relajantes Musculares Esqueléticos	
Relajantes Musculares Esqueléticos	
<i>baclofen oral tablet 10 mg, 15 mg, 20 mg, 5 mg</i>	
<i>cyclobenzaprine oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	PA-HRM; AGE (Max 64 Years)

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento

06/01/2025

Nombre del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>dantrolene oral capsule 100 mg, 50 mg</i>	
<i>dantrolene oral capsule 25 mg</i> (Dantrium)	
<i>methocarbamol oral tablet 500 mg, 750 mg</i>	PA-HRM; AGE (Max 64 Years)
<i>tizanidine oral tablet 2 mg</i>	
<i>tizanidine oral tablet 4 mg</i> (Zanaflex)	
Vitaminas Y Minerales	
Vitaminas Y Minerales	
<i>bal-care dha combo pack 27-1-430 mg</i>	
<i>bal-care dha essential pack 27 mg iron-1 mg -374 mg</i>	
<i>c-nate dha softgel 28 mg iron-1 mg -200 mg</i>	
<i>completenate tablet chew 29 mg iron- 1 mg</i>	
<i>folivane-ob capsule 85-1 mg</i>	
<i>kosher prenatal plus iron tab 30 mg iron-1 mg</i>	
<i>marnatal-f capsule 60 mg iron-1 mg</i>	
<i>m-natal plus tablet 27 mg iron- 1 mg</i> (pnv,calcium 72-iron-folic acid)	
<i>mynatal advance oral tablet 90-1-50 mg</i>	
<i>mynatal capsule 65 mg iron- 1 mg</i>	
<i>mynatal oral tablet 90-1-50 mg</i>	
<i>mynatal plus captab 65 mg iron- 1 mg</i>	
<i>mynatal-z captab 65 mg iron- 1 mg</i>	
<i>mynate 90 plus oral tablet extended release 90 mg iron-1 mg</i>	
<i>newgen tablet 32-1,000 mg-mcg</i>	
<i>niva-plus tablet 27 mg iron- 1 mg</i>	
<i>obstetrix dha combo pack 29 mg iron-1,700 mcg dfe</i>	
<i>obstetrix dha oral combo pack,tablet and cap,dr 29 mg iron-1 mg -50 mg</i>	

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento

06/01/2025

Nombre del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>o-cal prenatal oral tablet 15 mg iron-1,000 mcg</i>	
<i>pnv 29-1 oral tablet 29 mg iron- 1 mg</i>	
<i>pnv prenatal plus multivit tab gluten-free (rx) 27 mg iron- 1 mg</i>	(pnv,calcium 72-iron-folic acid)
<i>pnv-dha + docusate oral capsule 27-1.25-55-300 mg</i>	
<i>pnv-omega softgel 28-1-300 mg</i>	
<i>pr natal 400 combo pack 29-1-400 mg</i>	
<i>pr natal 400 ec combo pack 29-1-400 mg</i>	
<i>pr natal 430 combo pack 29 mg iron-1 mg-430 mg</i>	
<i>pr natal 430 ec combo pack 29-1-430 mg</i>	
<i>prena1 true combo pack 30 mg iron- 1.4 mg-300 mg</i>	
<i>prenaissance oral capsule 29-1.25-55-325 mg</i>	
<i>prenaissance plus oral capsule 28-1-50-250 mg</i>	
<i>prenatabs fa tablet 29-1 mg</i>	
<i>prenatal 19 (with docusate) oral tablet 29 mg iron- 1 mg-25 mg</i>	
<i>prenatal 19 chewable tablet 29 mg iron- 1 mg</i>	
<i>prenatal low iron oral tablet 27 mg iron- 1 mg</i>	
<i>prenatal plus iron tablet (rx) 29 mg iron- 1 mg</i>	(pnv,calcium 72-iron,carb-folic)
<i>prenatal vitamin plus low iron oral tablet 27 mg iron- 1 mg</i>	(pnv,calcium 72-iron-folic acid)
<i>prenatal-u capsule 106.5-1 mg</i>	
<i>preplus ca-fe 27 mg-fa 1 mg tb (rx) 27 mg iron- 1 mg</i>	(pnv,calcium 72-iron-folic acid)
<i>pretab oral tablet 29-1 mg</i>	

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento

06/01/2025

Nombre del Medicamento	Requerimientos/ Límites
<i>r-natal ob softgel 20 mg iron- 1 mg-320 mg</i>	
<i>select-ob chewable caplet 29 mg iron- 1 mg</i>	
<i>select-ob chewable caplet 29 mg iron- 1 mg</i>	
<i>se-natal 19 chewable tablet 29 mg iron- 1 mg</i>	
<i>taron-c dha capsule 35-1-200 mg</i>	
<i>taron-prex prenatal-dha oral capsule 30 mg iron-1.2 mg-55 mg-265 mg</i>	
<i>triveen-duo dha oral combo pack 29-1-400 mg</i>	
<i>virt-c dha softgel (rx) 35-1-200 mg</i>	
<i>virt-nate dha softgel 28 mg iron-1 mg -200 mg</i>	
<i>virt-pn dha softgel (rx) 27 mg iron-1 mg - 300 mg</i>	
<i>virt-pn plus oral capsule 28-1-300 mg</i>	
<i>vitafol gummies 3.33 mg iron- 0.33 mg</i>	
<i>vitafol nano tablet 18 mg iron- 1 mg</i>	
<i>vitafol-ob+dha combo pack 65-1-250 mg</i>	
<i>vp-ch-pnv oral capsule 30 mg iron-1 mg - 50 mg-260 mg</i>	
<i>vp-pnv-dha softgel (rx) 28 mg iron- 1 mg- 200 mg</i>	
<i>zatean-pn dha capsule 27 mg iron-1 mg - 300 mg</i>	
<i>zatean-pn plus softgel 28-1-300 mg</i>	
<i>zingiber tablet 1.2 mg-40 mg- 124.1 mg- 100 mg</i>	

Puede encontrar información sobre qué significan los símbolos y abreviaturas en esta tabla refiriéndose a las páginas de introducción de este documento

06/01/2025

ÍNDICE

1		
1ST TIER UNIFINE PENTIPS		
.....	124, 125	
1ST TIER UNIFINE PENTIPS PLUS	.....	125
A		
<i>abacavir</i>	118	
<i>abacavir-lamivudine</i>	118	
ABELCET.....	116	
ABILIFY ASIMTUFII.....	30	
ABILIFY MAINTENA.....	30	
<i>abiraterone</i>	3	
<i>abirtega</i>	3	
ABOUTTIME PEN NEEDLE	.....	125
ABRYSVO (PF).....	76	
<i>acamprosate</i>	18	
<i>acarbose</i>	20	
<i>acebutolol</i>	38	
<i>acetaminophen-codeine</i>	89	
<i>acetazolamide</i>	81	
<i>acetazolamide sodium</i>	81	
<i>acetic acid</i>	82	
<i>acetylcysteine</i>	52	
<i>acitretin</i>	59	
ACTEMRA.....	69	
ACTEMRA ACTPEN.....	69	
ACTHAR.....	67	
ACTHAR SELFJECT.....	67	
ACTHIB (PF).....	76	
ACTIMMUNE.....	86	
<i>acyclovir</i>	59, 124	
<i>acyclovir sodium</i>	124	
ADACEL(TDAP		
ADOLESN/ADULT)(PF) ..	76	
<i>adapalene</i>	61	
<i>adefovir</i>	124	
ADEMPAS.....	87	
<i>adrucil</i>	3	
ADVAIR HFA.....	54	
ADVOCATE PEN NEEDLE	.....	125, 126
ADVOCATE SYRINGES ..	125	
<i>afirmelle</i>	99	
AIMOVIG AUTOINJECTOR	.....	26
AIRSUPRA.....	54, 55	
AJOVY AUTOINJECTOR ..	26	
AJOVY SYRINGE.....	26	
AKEEGA.....	3	
<i>ala-cort</i>	57	
<i>albendazole</i>	28	
<i>albuterol sulfate</i>	55	
ALCOHOL PADS.....	126	
ALCOHOL PREP PADS	145	
ALCOHOL PREP SWABS.	126	
ALCOHOL SWABS.....	126	
ALCOHOL WIPES.....	126	
ALECENSA.....	3	
<i>alendronate</i>	47	
<i>alfuzosin</i>	64	
<i>aliskiren</i>	46	
<i>allopurinol</i>	26	
<i>alosetron</i>	47	
<i>alprazolam</i>	19	
ALREX.....	84	
<i>altavera (28)</i>	99	
ALTRENO.....	61	
ALUNBRIG.....	3	
ALVAIZ.....	172	
<i>alyacen 1/35 (28)</i>	99	
<i>alyacen 7/7/7 (28)</i>	99	
ALYFTREK.....	52	
<i>alyq</i>	87	
<i>amantadine hcl</i>	29	
<i>amethyst (28)</i>	99	
<i>amikacin</i>	92	
<i>amiloride</i>	44	
<i>amiloride-hydrochlorothiazide</i>	.....	44
<i>amiodarone</i>	38	
<i>amitriptyline</i>	113	
<i>amlodipine</i>	42	
<i>amlodipine-atorvastatin</i>	42	
<i>amlodipine-benazepril</i>	42	
<i>amlodipine-olmesartan</i>	42	
<i>amlodipine-valsartan</i>	42	
<i>amlodipine-valsartan-hcthiazid</i>	.....	42
<i>ammonium lactate</i>	59	
<i>amoxapine</i>	113	
<i>amoxicil-clarithromy-lansopraz</i>	.....	61
<i>amoxicillin</i>	96	
<i>amoxicillin-pot clavulanate</i> ..	96	
<i>amphotericin b</i>	116	
<i>amphotericin b liposome</i>	116	
<i>ampicillin</i>	96	
<i>ampicillin sodium</i>	96	
<i>ampicillin-sulbactam</i>	96	
<i>anagrelide</i>	170	
<i>anastrozole</i>	3	
ANKTIVA.....	3	
ANORO ELLIPTA.....	55	
<i>aprepitant</i>	27	
APRETUDE.....	118	
<i>apri</i>	99	
APTIOM.....	108	
APTIVUS.....	118	
AQINJECT PEN NEEDLE .	126	
ARCALYST.....	69	
AREXVY (PF).....	76	
AREXVY ANTIGEN		
COMPONENT.....	76	
ARIKAYCE.....	92	
<i>aripiprazole</i>	30	
ARISTADA.....	31	
ARISTADA INITIO.....	30	
<i>armodafinil</i>	48	
ARNUITY ELLIPTA.....	54	
<i>asenapine maleate</i>	31	
<i>aspirin-dipyridamole</i>	171	
ASSURE ID DUO PRO SFTY		
PEN NDL.....	126	
ASSURE ID DUO-SHIELD	126	
ASSURE ID INSULIN		
SAFETY.....	126, 127	
ASSURE ID PEN NEEDLE	126	
ASSURE ID PRO PEN		
NEEDLE.....	126	
ASTAGRAF XL.....	70	
<i>atazanavir</i>	118	
<i>atenolol</i>	38	
<i>atenolol-chlorthalidone</i>	38	

<i>atomoxetine</i>	49	BD INSULIN SYRINGE SLIP TIP	127	<i>bimatoprost</i>	81
<i>atorvastatin</i>	42	BD INSULIN SYRINGE U-500	128	<i>bisoprolol fumarate</i>	38
<i>atovaquone</i>	28	BD INSULIN SYRINGE ULTRA-FINE.....	127	<i>bisoprolol-hydrochlorothiazide</i>	38
<i>atovaquone-proguanil</i>	28	BD NANO 2ND GEN PEN NEEDLE.....	128	BIZENGRI.....	4
<i>atropine</i>	86	BD SAFETYGLIDE INSULIN SYRINGE.....	128	<i>bleomycin</i>	4
ATROVENT HFA	55	BD SAFETYGLIDE SYRINGE	128	<i>blisovi 24 fe</i>	100
<i>aubra eq.</i>	99	BD ULTRA-FINE MICRO PEN NEEDLE	128	<i>blisovi fe 1.5/30 (28)</i>	100
AUGTYRO	3	BD ULTRA-FINE MINI PEN NEEDLE.....	128	<i>blisovi fe 1/20 (28)</i>	100
<i>aurovela 1.5/30 (21)</i>	99	BD ULTRA-FINE NANO PEN NEEDLE.....	128	BOOSTRIX TDAP	76, 77
<i>aurovela 1/20 (21)</i>	99	BD ULTRA-FINE ORIG PEN NEEDLE.....	128	BORDERED GAUZE	129
<i>aurovela 24 fe</i>	99	BD ULTRA-FINE SHORT PEN NEEDLE	129	<i>bortezomib</i>	4
<i>aurovela fe 1.5/30 (28)</i>	99	BD VEO INSULIN SYR (HALF UNIT).....	129	BORUZU	4
<i>aurovela fe 1-20 (28)</i>	100	BD VEO INSULIN SYRINGE UF	129	<i>bosentan</i>	88
AUSTEDO	49	BELSOMRA	48	BOSULIF.....	4
AUSTEDO XR.....	49	<i>benazepril</i>	45	BRAFTOVI.....	4
AUSTEDO XR TITRATION KT(WK1-4).....	49	<i>benazepril-hydrochlorothiazide</i>	45	BREO ELLIPTA.....	54
AUTOSHIELD DUO PEN NEEDLE	127	<i>bendamustine</i>	3	<i>breyana</i>	54
AUVELITY.....	113	BENDAMUSTINE.....	3	BREZTRI AEROSPHERE ...	56
<i>aviane</i>	100	BENDEKA	3	BRILINTA.....	171
AVONEX	49	BENLYSTA	70	<i>brimonidine</i>	81
AXTLE.....	3	<i>benztropine</i>	29	<i>brimonidine-timolol</i>	81
<i>ayuna</i>	100	BESREMI.....	70	<i>brinzolamide</i>	81
AYVAKIT.....	3	<i>betaine</i>	86	BRIVIACT.....	108
<i>azacitidine</i>	3	<i>betamethasone dipropionate</i> ..	57	<i>bromfenac</i>	84
<i>azathioprine</i>	70	<i>betamethasone valerate</i>	57	<i>bromocriptine</i>	29
<i>azathioprine sodium</i>	70	<i>betamethasone, augmented</i> ... 57, 58		BRONCHITOL	52
<i>azelastine</i>	86	BETASERON.....	49	BRUKINSA	4
<i>azithromycin</i>	95	<i>betaxolol</i>	81	<i>budesonide</i>	47, 54
<i>aztreonam</i>	94	<i>bethanechol chloride</i>	64	<i>budesonide-formoterol</i>	54
<i>azurette (28)</i>	100	<i>bexarotene</i>	3, 4	<i>bumetanide</i>	44
B		BEXSERO.....	76	<i>buprenorphine</i>	90
<i>bacitracin</i>	82	<i>bicalutamide</i>	4	<i>buprenorphine hcl</i>	18
<i>bacitracin-polymyxin b</i>	82	BICILLIN L-A	97	<i>buprenorphine-naloxone</i>	18
<i>baclofen</i>	173	BIKTARVY.....	118	<i>bupropion hcl</i>	113
<i>bal-care dha</i>	174			<i>bupropion hcl (smoking deter)</i>	18
<i>bal-care dha essential</i>	174			<i>buspirone</i>	86
<i>balsalazide</i>	47			<i>butalbital-acetaminop-caf-cod</i>	90
BALVERSA.....	3			<i>butalbital-acetaminophen-caff</i> 90	
BAQSIMI	86			C	
BCG VACCINE, LIVE (PF)..	76			CABENUVA	119
BD ALCOHOL SWABS	128			<i>cabergoline</i>	29
BD AUTOSHIELD DUO PEN NEEDLE	127			CABOMETYX	4
BD ECLIPSE LUER-LOK... 127				<i>cabotegravir</i>	119
BD INSULIN SYRINGE	127			<i>calcipotriene</i>	59
BD INSULIN SYRINGE (HALF UNIT)	127			<i>calcitonin (salmon)</i>	47
				<i>calcitriol</i>	47

<i>calcium acetate(phosphat bind)</i> .....63	<i>cholestyramine light</i> 43	<i>colesevelam</i> .....43
CALQUENCE.....4	<i>ciclopirox</i> 116	<i>colestipol</i> .....43
CALQUENCE (ACALABRUTINIB MAL).4	<i>cilostazol</i> 172	<i>colistin (colistimethate na)....</i> 93
<i>camila</i> .....100	CIMDUO 119	COMBIVENT RESPIMAT ... 56
<i>candesartan</i> .....41	<i>cimetidine hcl</i> 61	COMETRIQ..... 4
<i>candesartan-hydrochlorothiazid</i>.....41	CIMZIA 70	COMFORT EZ INSULIN SYRINGE 130, 131, 132
CAPLYTA .....31	CIMZIA POWDER FOR RECONST 70	COMFORT EZ PEN NEEDLES 131
CAPRELSA .....4	<i>cinacalcet</i> 47, 48	COMFORT EZ PRO SAFETY PEN NDL..... 131, 132
<i>captopril</i> .....45	CINQAIR..... 52	COMFORT TOUCH PEN NEEDLE 132, 133
<i>carbamazepine</i> .....108	<i>ciprofloxacin hcl</i> 82, 97	COMPLERA..... 119
<i>carbidopa-levodopa</i> .....29	<i>ciprofloxacin in 5 % dextrose</i> 97	<i>completenate</i> 174
CAREFINE PEN NEEDLE .129	<i>ciprofloxacin-dexamethasone</i> 82	<i>compro</i> 27
CARETOUCH ALCOHOL PREP PAD .....129	<i>citalopram</i> 113	<i>constulose</i> 62
CARETOUCH INSULIN SYRINGE.....130	<i>clarithromycin</i> 95	COPIKTRA..... 4
CARETOUCH PEN NEEDLE.....129, 130	CLENPIQ 63	CORLANOR..... 40
<i>carglumic acid</i>.....62	CLICKFINE PEN NEEDLE 130	CORTROPHIN GEL 67
<i>carteolol</i> .....81	<i>clindamycin hcl</i> 93	COSENTYX 70, 86
<i>cartia xt</i> .....39	<i>clindamycin phosphate ...</i> 60, 92, 93	COSENTYX (2 SYRINGES) 70
<i>carvedilol</i>.....39	<i>clindamycin-benzoyl peroxide</i> 60	COSENTYX PEN (2 PENS) . 70
CAYSTON .....94	CLINIMIX 6%-D5W (SULFITE-FREE) 37	COSENTYX UNOREADY PEN 70
<i>cefaclor</i> .....94	CLINIMIX 8%- D10W(SULFITE-FREE)... 37	COTELLIC 5
<i>cefadroxil</i>.....94	CLINIMIX 8%- D14W(SULFITE-FREE)... 37	CREON 173
<i>cefazolin</i> .....94	CLINIMIX E 8%-D10W SULFITEFREE 37	<i>cromolyn</i> 53, 62, 86
<i>cefdinir</i> .....94	CLINIMIX E 8%-D14W SULFITEFREE 37	<i>cryselle (28)</i> 100
<i>cefepime</i>.....95	<i>clobazam</i> 108	CURAD GAUZE PAD 133
<i>cefixime</i>.....95	<i>clobetasol</i> 58	CURITY ALCOHOL SWABS 133
<i>cefoxitin</i> .....95	<i>clobetasol-emollient</i> 58	CURITY GAUZE 133
<i>cefpodoxime</i>.....95	<i>clomipramine</i> 113	<i>cyclafem 1/35 (28)</i> 100
<i>cefprozil</i>.....95	<i>clonazepam</i> 19	<i>cyclafem 7/7/7 (28)</i> 100
<i>ceftazidime</i>.....95	<i>clonidine</i> 37	<i>cyclobenzaprine</i> 173
<i>ceftriaxone</i> .....95	<i>clonidine hcl</i> 37	<i>cyclophosphamide</i> 5
<i>cefuroxime axetil</i> .....95	<i>clopidogrel</i> 172	<i>cyclosporine</i> 70, 71, 84
<i>cefuroxime sodium</i>.....95	<i>clorazepate dipotassium</i> 19	<i>cyclosporine modified</i> 70, 71
<i>celecoxib</i> .....88	<i>clotrimazole</i> 116	CYLTEZO(CF)..... 71
<i>cephalexin</i>.....95	<i>clotrimazole-betamethasone</i> 116	CYLTEZO(CF) PEN 71
<i>cevimeline</i> .....56	<i>clozapine</i> 31	CYLTEZO(CF) PEN CROHN'S-UC-HS 71
<i>chateal eq (28)</i>.....100	<i>c-nate dha</i> 174	CYLTEZO(CF) PEN PSORIASIS-UV 71
<i>chlordiazepoxide hcl</i> .....19	COARTEM..... 28	<i>cyred eq</i> 100
<i>chlorhexidine gluconate</i> .....57	COBENFY..... 31	D
<i>chloroquine phosphate</i> .....28	COBENFY STARTER PACK 31	<i>d5 % (d-glucose)-0.9 % sodchl</i> 169
<i>chlorpromazine</i>.....31	<i>colchicine</i> 26	
<i>chlorthalidone</i> .....44		
<i>cholestyramine (with sugar)...</i> 43		

<i>d5 % and 0.9 % sodium chloride</i>	169	<i>diazoxide</i>	86	DUPIXENT PEN	71
<i>d5 %-0.45 % sodium chloride</i>	169	<i>diclofenac epolamine</i>	88	DUPIXENT SYRINGE	71
<i>dabigatran etexilate</i>	170	<i>diclofenac potassium</i>	88	<i>dutasteride</i>	64
<i>dalfampridine</i>	49	<i>diclofenac sodium</i>	84, 88, 89	E	
<i>danazol</i>	65	<i>diclofenac-misoprostol</i>	89	EASY COMFORT ALCOHOL	
<i>dantrolene</i>	174	<i>dicloxacillin</i>	97	PAD	137
DANYELZA	5	<i>dicyclomine</i>	62	EASY COMFORT INSULIN	
DANZITEN	5	<i>didanosine</i>	119	SYRINGE	137, 138
<i>dapsone</i>	118	DIFICID	96	EASY COMFORT PEN	
DAPTACEL (DTAP		<i>difluprednate</i>	85	NEEDLES	137, 138
PEDIATRIC) (PF)	77	<i>digoxin</i>	40	EASY COMFORT SAFETY	
<i>daptomycin</i>	93	<i>dihydroergotamine</i>	26	PEN NEEDLE	136
<i>darunavir</i>	119	<i>diltiazem hcl</i>	39, 40	EASY GLIDE INSULIN	
<i>dasatinib</i>	5	<i>dilt-xr</i>	40	SYRINGE	138
<i>dasetta 1/35 (28)</i>	100	<i>dimethyl fumarate</i>	50	EASY GLIDE PEN NEEDLE	
<i>dasetta 7/7/7 (28)</i>	100	<i>diphenoxylate-atropine</i>	62	.....	138
DATROWAY	5	<i>dipyridamole</i>	172	EASY TOUCH	139, 140
DAURISMO	5	<i>disulfiram</i>	18	EASY TOUCH ALCOHOL	
<i>deblitane</i>	100	<i>divalproex</i>	109	PREP PADS	139
<i>decitabine</i>	5	<i>dofetilide</i>	38	EASY TOUCH FLIPLOCK	
<i>deferasirox</i>	92	<i>dolishale</i>	101	INSULIN	139
DELSTRIGO	119	<i>donepezil</i>	20	EASY TOUCH FLIPLOCK	
<i>demeclocycline</i>	98	<i>dorzolamide</i>	81	SYRINGE	139
DENG VAXIA (PF)	77	<i>dorzolamide-timolol</i>	81	EASY TOUCH INSULIN	
<i>denta 5000 plus</i>	57	DOVATO	119	SAFETY SYR	138
<i>dentagel</i>	57	<i>doxazosin</i>	38	EASY TOUCH INSULIN	
DEPO-SUBQ PROVERA 104		<i>doxepin</i>	113	SYRINGE	138, 139, 140
.....	69	<i>doxorubicin, peg-liposomal</i>	5	EASY TOUCH LUER LOCK	
DERMACEA	133	<i>doxy-100</i>	98	INSULIN	139
DERMACEA NON-WOVEN		<i>doxycycline hyclate</i>	98	EASY TOUCH PEN NEEDLE	
.....	133	<i>doxycycline monohydrate</i>	98, 99	.....	140
<i>dermacinrx lidocan</i>	91	DRIZALMA SPRINKLE ...	114	EASY TOUCH SAFETY PEN	
DESCOVY	119	<i>dronabinol</i>	27	NEEDLE	140, 141
<i>desipramine</i>	113	DROPLET INSULIN		EASY TOUCH	
<i>desmopressin</i>	67	SYR(HALF UNIT)..	133, 134	SHEATHLOCK INSULIN	
<i>desog-e.estradiol/e.estradiol</i>	100	DROPLET INSULIN		.....	139
<i>desogestrel-ethinyl estradiol</i>	101	SYRINGE	133, 134, 135	EASY TOUCH UNI-SLIP...	140
<i>desvenlafaxine succinate</i>	113	DROPLET MICRON PEN		<i>ec-naproxen</i>	89
<i>dexamethasone</i>	66	NEEDLE	135	<i>econazole nitrate</i>	116
<i>dexamethasone sodium</i>		DROPLET PEN NEEDLE .	135,	EDURANT	119
<i>phosphate</i>	66, 84	136		<i>efavirenz</i>	119
<i>dextroamphetamine-</i>		DROPSAFE ALCOHOL PREP		<i>efavirenz-emtricitabin-tenofov</i>	
<i>amphetamine</i>	50	PADS	136	.....	119
<i>dextrose 5 % in water (d5w)</i>	37	DROPSAFE INSULIN		<i>efavirenz-lamivu-tenofov disop</i>	
DIACOMIT	109	SYRINGE	136	.....	119
<i>diazepam</i>	19, 109	DROPSAFE PEN NEEDLE	136	ELAHERE	5
<i>diazepam intensol</i>	19	<i>droxidopa</i>	38	ELIGARD	6
		DUAVEE	65	ELIGARD (3 MONTH)	5
		<i>duloxetine</i>	114	ELIGARD (4 MONTH)	5

ELIGARD (6 MONTH)	5	<i>errin</i>	101	<i>fentanyl citrate</i>	90
<i>elinet</i>	101	<i>ertapenem</i>	94	<i>fesoterodine</i>	64
ELIQUIS	170	<i>erythromycin</i>	82, 96	FETZIMA	114
ELIQUIS DVT-PE TREAT 30D START	170	<i>erythromycin ethylsuccinate</i> ..	96	FIASP FLEXTOUCH U-100 INSULIN	23
ELREXFIO	6	<i>erythromycin with ethanol</i>	60	FIASP PENFILL U-100 INSULIN	23
<i>eluryng</i>	101	ERZOFRI	32	FIASP U-100 INSULIN	23
EMBRACE PEN NEEDLE .	141	<i>escitalopram oxalate</i>	114	<i>finasteride</i>	64
EMCYT	6	<i>esomeprazole magnesium</i>	61	<i>finingolimod</i>	50
EMGALITY PEN	26	<i>estarylla</i>	101	FINTEPLA	109
EMGALITY SYRINGE	26	<i>estradiol</i>	65, 66	FIRMAGON KIT W DILUENT SYRINGE	6
<i>emoquette</i>	101	<i>estradiol-norethindrone acet</i> .	66	<i>flavoxate</i>	64
EMSAM	114	<i>eszopiclone</i>	48	<i>flecainide</i>	38
<i>emtricitabine</i>	119	<i>ethambutol</i>	118	<i>floxuridine</i>	7
<i>emtricitabine-tenofovir (tdf)</i> .	119	<i>ethosuximide</i>	109	<i>fluconazole</i>	116
EMTRIVA	120	<i>ethynodiol diac-eth estradiol</i> .	101	<i>fluconazole in nacl (iso-osm)</i> .	116
<i>emzahn</i>	101	<i>etodolac</i>	89	<i>flucytosine</i>	116
<i>enalapril maleate</i>	45	<i>etonogestrel-ethinyl estradiol</i>	101	<i>fludrocortisone</i>	66
<i>enalapril-hydrochlorothiazide</i> .	45	ETOPOPHOS	6	<i>flunisolide</i>	85
ENBREL	71	<i>etoposide</i>	6	<i>fluocinolone</i>	58
ENBREL MINI	71	<i>etravirine</i>	120	<i>fluocinolone acetone oil</i>	85
ENBREL SURECLICK	71	EUCRISA	58	<i>fluocinonide</i>	58
<i>endocet</i>	90	EULEXIN	6	<i>fluoride (sodium)</i>	57
ENERGIX-B (PF)	77	<i>everolimus (antineoplastic)</i>	6	<i>fluorometholone</i>	85
ENERGIX-B PEDIATRIC (PF)	77	<i>everolimus</i> (immunosuppressive)	71	<i>fluorouracil</i>	7, 59
<i>enilloring</i>	101	EVOTAZ	120	<i>flouxetine</i>	114
<i>enoxaparin</i>	170, 171	<i>exemestane</i>	6	<i>fluphenazine decanoate</i>	32
<i>enpresse</i>	101	EXTENCILLINE	97	<i>fluphenazine hcl</i>	32
<i>enskyce</i>	101	EYSUVIS	85	<i>flurbiprofen</i>	89
<i>entacapone</i>	29	<i>ezetimibe</i>	43	<i>flurbiprofen sodium</i>	85
<i>entecavir</i>	124	<i>ezetimibe-simvastatin</i>	43	<i>flutamide</i>	7
ENTRESTO	41	F		<i>fluticasone propionate</i>	54, 55, 58, 85
ENTRESTO SPRINKLE	41	<i>falmina (28)</i>	101	<i>fluticasone propion-salmeterol</i>	55
<i>enulose</i>	62	<i>famciclovir</i>	124	<i>fluvastatin</i>	43
EPCLUSA	123	<i>famotidine</i>	61	<i>fluvoxamine</i>	114
EPIDIOLEX	109	FANAPT	32	<i>folivane-ob</i>	174
<i>epinastine</i>	86	FARXIGA	20	<i>fondaparinux</i>	171
<i>epinephrine</i>	40	FASENRA	53	<i>fosamprenavir</i>	120
<i>epitol</i>	109	FASENRA PEN	53	<i>fosinopril</i>	45
EPIVIR HBV	120	<i>febuxostat</i>	26	<i>fosinopril-hydrochlorothiazide</i>	45
EPKINLY	6	<i>feirza</i>	101	<i>fosphenytoin</i>	109
<i>eplerenone</i>	46	<i>felbamate</i>	109	FOTIVDA	7
EPRONTIA	109	<i>felodipine</i>	42	FREESTYLE PRECISION. 141, 142	
ERBITUX	6	<i>femynor</i>	101		
<i>ergoloid</i>	20	<i>fenofibrate</i>	43		
ERIVEDGE	6	<i>fenofibrate micronized</i>	43		
ERLEADA	6	<i>fenofibrate nanocrystallized</i> ..	43		
<i>erlotinib</i>	6	<i>fentanyl</i>	90		

FRUZAQLA.....7
fulvestrant.....7
furosemide.....44
 FUZEON.....120
 FYARRO.....7
 FYCOMPA.....109
G
gabapentin.....109, 110
galantamine.....20
gallifrey.....69
 GAMUNEX-C.....72
 GARDASIL 9 (PF).....77
 GAUZE PAD.....142
gavilyte-c.....63
gavilyte-g.....63
gavilyte-n.....63
 GAVRETO.....7
gefitinib.....7
gemfibrozil.....43
generlac.....62
gengraf.....72
gentak.....83
gentamicin.....60, 83, 93
gentamicin sulfate (ped) (pf)..93
gentamicin sulfate (pf).....93
 GENVOYA.....120
 GILOTRIF.....7
glatiramer.....50
glatopa.....50
 GLEOSTINE.....7
glimepiride.....25
glipizide.....25
glipizide-metformin.....25
glutamine (sickle cell).....86
glyburide.....25
glyburide micronized.....25
glyburide-metformin.....25
glycopyrrolate.....62
glydo.....91
 GLYXAMBI.....20
 GOMEKLI.....7
griseofulvin microsize.....117
griseofulvin ultramicrosize...117
guanfacine.....38, 50
 GVOKE.....87
 GVOKE HYOPEN 2-PACK87
 GVOKE PFS 1-PACK
 SYRINGE.....87

GVOKE PFS 2-PACK
 SYRINGE.....87
H
 HAEGARDA.....172
hailey 24 fe.....102
hailey fe 1.5/30 (28).....102
hailey fe 1/20 (28).....102
halobetasol propionate.....58
haloette.....102
haloperidol.....33
haloperidol decanoate.....32
haloperidol lactate.....32
 HARVONI.....123
 HAVRIX (PF).....77
 HEALTHWISE INSULIN
 SYRINGE.....142
 HEALTHWISE PEN NEEDLE
 142
 HEALTHY ACCENTS
 UNIFINE PENTIP... 142, 143
heather.....102
heparin (porcine).....171
 HEPLISAV-B (PF).....77
 HERCEPTIN HYLECTA.....7
 HERZUMA.....7
 HIBERIX (PF).....77
 HUMIRA.....72
 HUMIRA PEN.....72
 HUMIRA PEN CROHNS-UC-
 HS START.....72
 HUMIRA PEN PSOR-
 UVEITS-ADOL HS.....72
 HUMIRA(CF).....72
 HUMIRA(CF) PEDI CROHNS
 STARTER.....72
 HUMIRA(CF) PEN.....72
 HUMIRA(CF) PEN CROHNS-
 UC-HS.....72
 HUMIRA(CF) PEN
 PEDIATRIC UC.....72
 HUMIRA(CF) PEN PSOR-UV-
 ADOL HS.....72
 HUMULIN R U-500 (CONC)
 INSULIN.....23
 HUMULIN R U-500 (CONC)
 KWIKPEN.....23
hydralazine.....40
hydrochlorothiazide.....44
hydrocodone-acetaminophen. 90

hydrocortisone.....47, 58, 66
hydrocortisone valerate.....58
hydrocortisone-acetic acid....83
hydromorphone.....90
hydroxychloroquine.....28
hydroxyurea.....7
hydroxyzine hcl.....118
hydroxyzine pamoate.....87
I
ibandronate.....48
 IBRANCE.....7
ibu.....89
ibuprofen.....89
icatibant.....40
iclevia.....102
 ICLUSIG.....8
icosapent ethyl.....43
 IDHIFA.....8
ifosfamide.....8
 ILEVRO.....85
imatinib.....8
 IMBRUVICA.....8
 IMDELLTRA.....8
imipenem-cilastatin.....94
imipramine hcl.....114
imiquimod.....59
 IMJUDO.....8
 IMKELDI.....8
 IMOVAX RABIES VACCINE
 (PF).....77
 IMPAVIDO.....28
incassia.....102
 INCONTROL ALCOHOL
 PADS.....143
 INCONTROL PEN NEEDLE
 143
 INCRELEX.....68
indapamide.....44
indomethacin.....89
 INFANRIX (DTAP) (PF).....77
infliximab.....72
 INGREZZA.....50
 INGREZZA INITIATION
 PK(TARDIV).....50
 INGREZZA SPRINKLE.....50
 INLYTA.....8
 INPEN (FOR HUMALOG)
 BLUE.....143

INPEN (NOVOLOG OR FIASP) BLUE .....143	JANUMET XR..... 21	<i>lacosamide</i> 110
INQOVI.....8	JANUVIA..... 21	<i>lactulose</i> 62
INREBIC.....8	JARDIANCE..... 21	<i>lamivudine</i> 120
<i>insulin asp prt-insulin aspart</i> .23	<i>javygtor</i> 173	<i>lamivudine-zidovudine</i> 120
<i>insulin aspart u-100</i> .....23	JAYPIRCA..... 8	<i>lamotrigine</i> 110
INSULIN SYR/NDL U100	JEMPERLI..... 8	<i>lanreotide</i> 68
HALF MARK .....143	<i>jencycla</i> 102	<i>lansoprazole</i> 61
INSULIN SYRINGE.....128	JENTADUETO 21	LANTUS SOLOSTAR U-100
INSULIN SYRINGE	JENTADUETO XR..... 21	INSULIN..... 24
MICROFINE.....127	<i>jolessa</i> 102	LANTUS U-100 INSULIN... 24
INSULIN SYRINGE	<i>juleber</i> 102	<i>lapatinib</i> 9
NEEDLELESS.....128	JULUCA..... 120	<i>larin 1.5/30 (21)</i> 103
INSULIN SYRINGE-NEEDLE	<i>junel 1.5/30 (21)</i> 102	<i>larin 1/20 (21)</i> 103
U-100.....141, 143, 144, 152,	<i>junel 1/20 (21)</i> 102	<i>larin 24 fe</i> 103
156, 160, 161	<i>junel fe 1.5/30 (28)</i> 102	<i>larin fe 1.5/30 (28)</i> 103
INSUPEN PEN NEEDLE...144,	<i>junel fe 1/20 (28)</i> 102	<i>larin fe 1/20 (28)</i> 103
145	<i>junel fe 24</i> 102	<i>larissia</i> 103
INTELENCE.....120	JYLAMVO 9	<i>latanoprost</i> 81
INTRON A.....124	JYNNEOS (PF) 78	LAZCLUZE..... 9
INVEGA HAFYERA.....33	K	<i>leflunomide</i> 73
INVEGA SUSTENNA.....33	KALYDECO 53	<i>lenalidomide</i> 9
INVEGA TRINZA.....33	<i>kariva (28)</i> 102	LENTOCILIN S..... 97
INVELTYS .....85	<i>kelnor 1/35 (28)</i> 103	LENVIMA 9
IPOL .....77	<i>kelnor 1/50 (28)</i> 103	<i>lessina</i> 103
<i>ipratropium bromide</i> .....56, 86	KERENDIA..... 46	<i>letrozole</i> 10
<i>ipratropium-albuterol</i>.....56	KESIMPTA PEN..... 50	<i>leucovorin calcium</i> 87
<i>irbesartan</i> .....41	<i>ketoconazole</i> 117	LEUKERAN 10
<i>irbesartan-hydrochlorothiazide</i>	<i>ketorolac</i> 85, 89	<i>leuprolide</i> 10
.....41	KEYTRUDA 9	<i>leuprolide (3 month)</i> 10
ISENTRESS .....120	KIMMTRAK 9	<i>levetiracetam</i> 110
ISENTRESS HD .....120	KINERET 72	<i>levobunolol</i> 81
<i>isibloom</i> .....102	KINRIX (PF) 78	<i>levocetirizine</i> 118
<i>isoniazid</i> .....118	<i>kionex (with sorbitol)</i> 62	<i>levofloxacin</i> 97, 98
ISOPROPYL ALCOHOL .....59	KISQALI 9	<i>levofloxacin in d5w</i> 97
<i>isosorbide dinitrate</i> .....46	KISQALI FEMARA CO-PACK	<i>levonest (28)</i> 103
<i>isosorbide mononitrate</i>.....46	 9	<i>levonorgest-eth.estradiol-iron</i>
ITOVEBI.....8	KLISYRI (250 MG) 60	 103
<i>itraconazole</i>.....117	<i>klor-con m10</i> 169	<i>levonorgestrel-ethinyl estrad</i> 103
IV PREP WIPES .....145	<i>klor-con m15</i> 169	<i>levonorg-eth estrad triphasic</i> 104
<i>ivabradine</i>.....41	<i>klor-con m20</i> 169	<i>levora-28</i> 104
<i>ivermectin</i> .....28	KLOXXADO..... 18	<i>levothyroxine</i> 65
IWILFIN.....8	KOSELUGO..... 9	LEXIVA..... 120
IXCHIQ (PF).....78	<i>kosher prenatal plus iron</i> 174	LIBERVANT..... 110
IXIARO (PF).....78	KRAZATI..... 9	<i>lidocaine</i> 92
J	<i>kurvelo (28)</i> 103	<i>lidocaine hcl</i> 91
JAKAFI .....8	KYLEENA 103	<i>lidocaine viscous</i> 92
<i>jantoven</i> .....171	KYNMOBI 29	<i>lidocaine-prilocaine</i> 92
JANUMET .....21	L	<i>lidocan iii</i> 92
	<i>labetalol</i> 39	LILETTA 104

<i>lillow (28)</i>	104	LYNPARZA.....	10	MEKINIST	11
<i>linezolid</i>	93	LYSODREN.....	10	MEKTOVI.....	11
<i>linezolid in dextrose 5%</i>	93	LYTGOBI.....	10	<i>meloxicam</i>	89
LINZESS.....	62	<i>lyza</i>	104	<i>memantine</i>	20
<i>liothyronine</i>	65	M		MENACTRA (PF).....	78
LISCO	145	MAGELLAN INSULIN		MENQUADFI (PF)	78
<i>lisinopril</i>	45	SAFETY SYRNG.....	146	MENVEO A-C-Y-W-135-DIP	
<i>lisinopril-hydrochlorothiazide</i>	46	MAGELLAN SYRINGE	146	(PF)	78
LITE TOUCH INSULIN PEN		<i>magnesium sulfate</i>	169	<i>mercaptapurine</i>	11
NEEDLES	145	<i>malathion</i>	60	<i>meropenem</i>	94
LITE TOUCH INSULIN		<i>maraviroc</i>	120	<i>mesalamine</i>	47
SYRINGE.....	145, 146	MARGENZA.....	10	<i>mesna</i>	87
<i>lithium carbonate</i>	50, 51	<i>marlissa (28)</i>	104	<i>metformin</i>	21
<i>lithium citrate</i>	51	<i>marnatal-f</i>	174	<i>methadone</i>	90, 91
LIVTENCITY	123	MARPLAN.....	114	<i>methazolamide</i>	82
LOKELMA	62	MATULANE.....	11	<i>methenamine hippurate</i>	93
LONSURF.....	10	MAVENCLAD (10 TABLET		<i>methimazole</i>	65
<i>loperamide</i>	62	PACK)	51	<i>methocarbamol</i>	174
<i>lopinavir-ritonavir</i>	120	MAVENCLAD (4 TABLET		<i>methotrexate sodium</i>	11
LOQTORZI.....	10	PACK)	51	<i>methotrexate sodium (pf)</i>	11
<i>lorazepam</i>	19	MAVENCLAD (5 TABLET		<i>methoxsalen</i>	60
<i>lorazepam intensol</i>	19	PACK)	51	<i>methsuximide</i>	110
LORBRENA	10	MAVENCLAD (6 TABLET		<i>methylphenidate hcl</i>	51
<i>losartan</i>	41	PACK)	51	<i>methylprednisolone</i>	67
<i>losartan-hydrochlorothiazide</i>	41	MAVENCLAD (7 TABLET		<i>methylprednisolone acetate</i> ..	67
LOTEMAX	85	PACK)	51	<i>metoclopramide hcl</i>	62
LOTEMAX SM.....	85	MAVENCLAD (8 TABLET		<i>metolazone</i>	45
<i>loteprednol etabonate</i>	85	PACK)	51	<i>metoprolol succinate</i>	39
<i>lovastatin</i>	43	MAVENCLAD (9 TABLET		<i>metoprolol tartrate</i>	39
<i>low-ogestrel (28)</i>	104	PACK)	51	<i>metronidazole</i>	60, 92, 94
<i>loxapine succinate</i>	33	MAXICOMFORT II PEN		<i>metronidazole in nacl (iso-os)</i>	93
<i>lubiprostone</i>	62	NEEDLE.....	146	<i>metyrosine</i>	41
LUMAKRAS	10	MAXICOMFORT INSULIN		<i>micafungin</i>	117
LUMIGAN	82	SYRINGE	146	<i>miconazole-3</i>	117
LUNSUMIO.....	10	MAXI-COMFORT INSULIN		MICRODOT INSULIN PEN	
LUPRON DEPOT	10, 68	SYRINGE	146	NEEDLE	147
LUPRON DEPOT (3 MONTH)		MAXI-COMFORT INSULIN		MICRODOT READYGARD	
.....	10, 68	SYRINGE	147	PEN NEEDLE	147
LUPRON DEPOT (4 MONTH)		MAXICOMFORT SAFETY		<i>microgestin 1.5/30 (21)</i>	104
.....	10	PEN NEEDLE	147	<i>microgestin 1/20 (21)</i>	104
LUPRON DEPOT (6 MONTH)		MAYZENT.....	51	<i>microgestin 24 fe</i>	104
.....	10	MAYZENT STARTER(FOR		<i>microgestin fe 1.5/30 (28)</i>	104
LUPRON DEPOT-PED	68	1MG MAINT)	51	<i>microgestin fe 1/20 (28)</i>	104
LUPRON DEPOT-PED (3		MAYZENT STARTER(FOR		<i>midodrine</i>	38
MONTH).....	68	2MG MAINT)	51	MIEBO (PF).....	86
<i>lurasidone</i>	33	<i>meclizine</i>	27	<i>mifepristone</i>	21
<i>lutra (28)</i>	104	<i>medroxyprogesterone</i>	69	<i>mili</i>	104
LYBALVI	34	<i>mefloquine</i>	28	<i>mimvey</i>	66
<i>lyleq</i>	104	<i>megestrol</i>	11, 69	MINI ULTRA-THIN II.....	147

<i>minitran</i>	46	<i>naloxone</i>	18	<i>norethindrone (contraceptive)</i>	105
<i>minocycline</i>	99	<i>naltrexone</i>	18	<i>norethindrone acetate</i>	69
<i>minoxidil</i>	46	NANO 2ND GEN PEN NEEDLE.....	149	<i>norethindrone-e.estradiol-iron</i>	105
MIPLYFFA	124	<i>naproxen</i>	89	<i>norgestimate-ethinyl estradiol</i>	105
MIRENA	104	<i>naratriptan</i>	26	<i>norlyda</i>	105
<i>mirtazapine</i>	114	NATACYN.....	83	<i>nortrel 1/35 (21)</i>	105
<i>misoprostol</i>	61	<i>nateglinide</i>	21	<i>nortrel 1/35 (28)</i>	105
<i>mitoxantrone</i>	11	NATPARA	48	<i>nortrel 7/7/7 (28)</i>	105
M-M-R II (PF).....	78	NAYZILAM.....	110	<i>nortriptyline</i>	115
<i>m-natal plus</i>	174	<i>neбиволol</i>	39	NORVIR	121
<i>modafinil</i>	48	<i>nefazodone</i>	114	NOVOFINE 30	149
<i>moexipril</i>	46	<i>neomycin</i>	93	NOVOFINE 32	149
<i>molindone</i>	34	<i>neomycin-bacitracin-poly-hc</i> .	83	NOVOFINE PLUS	149
<i>mometasone</i>	59, 85	<i>neomycin-bacitracin-polymyxin</i>	83	NOVOLIN 70/30 U-100 INSULIN.....	24
MONOJECT INSULIN SAFETY SYRING	148	<i>neomycin-polymyxin b-</i> <i>dexameth</i>	83	NOVOLIN 70-30 FLEXPEN U- 100.....	24
MONOJECT INSULIN SYRINGE.....	147, 148, 149	<i>neomycin-polymyxin-gramicidin</i>	83	NOVOLIN N FLEXPEN.....	24
MONOJECT SYRINGE	147	<i>neomycin-polymyxin-hc</i>	83	NOVOLIN N NPH U-100 INSULIN.....	24
MONOJECT ULTRA COMFORT INSULIN.....	162	<i>neo-polycin</i>	83	NOVOLIN R FLEXPEN	24
<i>mono-lynyah</i>	104	<i>neo-polycin hc</i>	83	NOVOLIN R REGULAR U100 INSULIN.....	24
<i>montelukast</i>	55	NERLYNX	11	NOVOTWIST	149
<i>morphine</i>	91	<i>neuac</i>	60	NUBEQA	11
MORPHINE	91	NEULASTA ONPRO.....	172	NUCALA	53
<i>morphine concentrate</i>	91	<i>nevirapine</i>	120, 121	NULOJIX.....	73
MOUNJARO.....	21	<i>newgen</i>	174	NUPLAZID.....	34
MOVANTIK	62	NEXLETOL	43	NURTEC ODT	26
<i>moxifloxacin</i>	83, 98	NEXLIZET	43	<i>nyamyc</i>	117
<i>moxifloxacin-sod.ace,sul-water</i>	98	NEXPLANON.....	105	<i>nylia 1/35 (28)</i>	105
<i>moxifloxacin-sod.chloride(iso)</i>	98	<i>niacin</i>	43	<i>nylia 7/7/7 (28)</i>	105
MRESVIA (PF).....	78	<i>niacor</i>	43	<i>nymyo</i>	105
MULTAQ.....	38	NICOTROL NS	18	<i>nystatin</i>	117
<i>mupirocin</i>	60	<i>nifedipine</i>	42	<i>nystatin-triamcinolone</i>	117
MVASI.....	11	NIKTIMVO	73	<i>nystop</i>	117
<i>mycophenolate mofetil</i>	73	<i>nilutamide</i>	11	NYVEPRIA	172
<i>mycophenolate mofetil (hcl)</i> ...	73	NINLARO	11	O <i>obstetrix dha</i>	174
<i>mycophenolate sodium</i>	73	<i>nitazoxanide</i>	28	<i>obstetrix dha prenatal duo</i> ...	174
<i>mynatal</i>	174	<i>nitisinone</i>	173	<i>o-cal prenatal</i>	175
<i>mynatal advance</i>	174	<i>nitrofurantoin macrocrystal</i> ..	94	OCREVUS.....	51
<i>mynatal plus</i>	174	<i>nitrofurantoin monohyd/m-cryst</i>	94	OCREVUS ZUNOVO	52
<i>mynatal-z</i>	174	<i>nitroglycerin</i>	47, 87	<i>octreotide acetate</i>	68
<i>mynate 90 plus</i>	174	<i>niva-plus</i>	174	ODEFSEY.....	121
MYRBETRIQ	64	NIVESTYM.....	172	ODOMZO	11
N <i>nabumetone</i>	89	NORDITROPIN FLEXPEN .	68		
<i>nafacillin</i>	97	<i>norelgestromin-ethin.estradiol</i>	105		

OFEV	53	ORGOVYX	68	pentamidine	28
ofloxacin	83	ORILISSA	68	PENTIPS PEN NEEDLE.....	150
OGIVRI.....	11	ORKAMBI	53	pentoxifylline	172
OGSIVEO	11	ORSERDU.....	12	perindopril erbumine	46
OJEMDA.....	11, 12	oseltamivir	123	periogard.....	57
OJJAARA.....	12	OTEZLA.....	73	permethrin.....	60
olanzapine	34	OTEZLA STARTER.....	73	perphenazine	34
olmesartan.....	41	oxandrolone	65	perphenazine-amitriptyline ..	115
olmesartan-amlodipin-hcthiazid		oxcarbazepine	110	PERSERIS	34
.....	41	oxybutynin chloride	64	phenelzine	115
olmesartan-hydrochlorothiazide		oxycodone	91	phenobarbital.....	110, 111
.....	41	oxycodone-acetaminophen	91	PHENYTEK	111
olopatadine.....	86	OZEMPIC.....	22	phenytoin.....	111
omega-3 acid ethyl esters	43	P		phenytoin sodium	111
omeprazole	61	pacerone	38	phenytoin sodium extended ..	111
OMNIPOD 5 (G6/LIBRE 2		paclitaxel protein-bound.....	12	PIFELTRO.....	121
PLUS).....	149	paliperidone	34	pilocarpine hcl	57, 82
OMNIPOD 5 G6-G7 INTRO		PANRETIN	60	pimecrolimus.....	59
KT(GEN5).....	149	pantoprazole	61	pimozide	34
OMNIPOD 5 G6-G7 PODS		paricalcitol.....	48	pimtrea (28)	105
(GEN 5).....	149	paromomycin	28	pioglitazone.....	22
OMNIPOD 5		paroxetine hcl	115	pioglitazone-metformin	22
INTRO(G6/LIBRE2PLUS)		PAXLOVID.....	123	PIP PEN NEEDLE.....	150
.....	149	pazopanib.....	12	piperacillin-tazobactam	97
OMNIPOD CLASSIC PDM		PEDIARIX (PF)	78	PIQRAY.....	12, 13
KIT(GEN 3)	149	PEDVAX HIB (PF)	78	pirfenidone	53
OMNIPOD CLASSIC PODS		peg 3350-electrolytes.....	63	pirmella	106
(GEN 3).....	149	PEGASYS	124	pitavastatin calcium	44
OMNIPOD DASH INTRO KIT		peg-electrolyte soln.....	63	PLEGRIDY.....	52
(GEN 4).....	149	PEMAZYRE.....	12	pnv 29-1	175
OMNIPOD DASH PDM KIT		pemetrexed.....	12	pnv-dha + docusate	175
(GEN 4).....	149	pemetrexed disodium	12	pnv-omega	175
OMNIPOD DASH PODS (GEN		PEMRYDI RTU	12	podofilox	60
4).....	149	PEN NEEDLE	141, 149, 150,	polycin.....	84
ONAPGO	29	152		polymyxin b sulf-trimethoprim	84
ondansetron.....	27	PEN NEEDLE, DIABETIC 132,		POMALYST	13
ondansetron hcl	27	147, 149, 150, 152		portia 28.....	106
ONTRUZANT	12	PEN NEEDLE, DIABETIC,		posaconazole.....	117
ONUREG	12	SAFETY	153	potassium chloride	169, 170
OPDIVO.....	12	PENBRAYA (PF).....	78	potassium citrate	170
OPDIVO QVANTIG.....	12	PENBRAYA MENACWY		pr natal 400.....	175
OPDUALAG.....	12	COMPONENT(PF)	78	pr natal 400 ec	175
OPIPZA.....	34	PENBRAYA MENB		pr natal 430.....	175
OPSUMIT	88	COMPONENT (PF)	78	pr natal 430 ec	175
ORENCIA	73	penicillamine	92	pramipexole.....	29
ORENCIA (WITH MALTOSE)		penicillin g potassium.....	97	prasugrel hcl	172
.....	73	penicillin g procaine	97	pravastatin	44
ORENCIA CLICKJECT	73	penicillin v potassium	97	praziquantel	29
ORFADIN	173	PENTACEL (PF).....	79	prazosin.....	38

<i>prednisolone</i>	67	<i>proctosol hc</i>	59	REPATHA SURECLICK.....	44
<i>prednisolone acetate</i>	85	<i>proctozone-hc</i>	59	REPATHA SYRINGE.....	44
<i>prednisolone sodium phosphate</i>	67	PRODIGY INSULIN SYRINGE	151	RETACRIT	172, 173
<i>prednisone</i>	67	<i>progesterone micronized</i>	69	RETEVMO	13
<i>pregabalin</i>	111	PROGRAF.....	73	RETROVIR.....	121
PREHEVBRIO (PF).....	79	PROLIA.....	48	REVUFORJ	13
PREMARIN	66	PROMACTA.....	172	REXULTI	35
PREMPHASE	66	<i>promethazine</i>	28	REYATAZ.....	121
PREMPRO	66	<i>promethegan</i>	28	REZLIDHIA	13
<i>prena1 true</i>	175	<i>propafenone</i>	38	REZUROCK.....	74
<i>prenaissance</i>	175	<i>propranolol</i>	39	RHOPRESSA	82
<i>prenaissance plus</i>	175	<i>propylthiouracil</i>	65	RIABNI.....	13
<i>prenatabs fa</i>	175	PROQUAD (PF).....	79	<i>ribavirin</i>	124
<i>prenatal 19</i>	175	<i>protriptyline</i>	115	<i>rifabutin</i>	118
<i>prenatal 19 (with docusate)</i> ..	175	PULMOZYME	173	<i>rifampin</i>	118
<i>prenatal low iron</i>	175	PURE COMFORT ALCOHOL PADS	151	<i>rilpivirine</i>	121
<i>prenatal plus</i>	175	PURE COMFORT PEN NEEDLE.....	151, 152	<i>riluzole</i>	52
<i>prenatal plus (calcium carb)</i>	175	PURE COMFORT SAFETY PEN NEEDLE	151	RINVOQ.....	74
<i>prenatal vitamin plus low iron</i>	175	<i>pyrazinamide</i>	118	RINVOQ LQ.....	74
<i>prenatal-u</i>	175	<i>pyridostigmine bromide</i>	87	<i>risperidone</i>	35
<i>preplus</i>	175	<i>pyrimethamine</i>	29	<i>risperidone microspheres</i>	35
<i>pretab</i>	175	Q		<i>ritonavir</i>	121
<i>prevalite</i>	44	QINLOCK	13	RITUXAN HYCELA	13
PREVENT DROPSAFE PEN NEEDLE	150	QUADRACEL (PF)	79	<i>rivastigmine</i>	20
<i>previfem</i>	106	<i>quetiapine</i>	34, 35	<i>rivastigmine tartrate</i>	20
PREVYMIS.....	123	<i>quinapril</i>	46	<i>rizatriptan</i>	26, 27
PREZCOBIX.....	121	<i>quinapril-hydrochlorothiazide</i>	46	<i>r-natal ob</i>	176
PREZISTA	121	<i>quinidine sulfate</i>	38	ROCKLATAN.....	82
PRIFTIN.....	118	<i>quinine sulfate</i>	29	<i>roflumilast</i>	53
PRIMAQUINE.....	29	QULIPTA	26	ROMVIMZA	13
<i>primidone</i>	111	R		<i>ropinirole</i>	29, 30
PRIORIX (PF).....	79	RABAVERT (PF).....	79	<i>rosadan</i>	60
PRO COMFORT ALCOHOL PADS.....	151	<i>rabeprazole</i>	61	<i>rosuvastatin</i>	44
PRO COMFORT INSULIN SYRINGE.....	150, 151	RALDESY.....	115	ROTARIX.....	79
PRO COMFORT PEN NEEDLE	151	<i>raloxifene</i>	66	ROTATEQ VACCINE	79
<i>probenecid</i>	26	<i>ramipril</i>	46	ROZLYTREK.....	13
<i>probenecid-colchicine</i>	26	<i>ranolazine</i>	41	RUBRACA	13
PROCALAMINE 3%.....	37	<i>rasagiline</i>	29	<i>rufinamide</i>	111
<i>prochlorperazine</i>	28	RASUVO (PF).....	74	RUKOBIA	121
<i>prochlorperazine edisylate</i>	27, 34	RAYALDEE.....	48	RUXIENCE	13
<i>prochlorperazine maleate</i>	28	<i>reclipsen (28)</i>	106	RYBELSUS	22
<i>procto-med hc</i>	59	RECOMBIVAX HB (PF).....	79	RYBREVANT	13
		RELENZA DISKHALER ...	123	RYDAPT.....	13
		<i>repaglinide</i>	22	RYKINDO	35
		REPATHA PUSHTRONEX .	44	RYTELO.....	14
				S	
				SAFESNAP INSULIN SYRINGE	152, 153
				SAFETY PEN NEEDLE	153

SANTYL	60	<i>sodium,potassium,mag sulfates</i>	63	SURE COMFORT PEN	
<i>sapropterin</i>	173	<i>solifenacin</i>	64	NEEDLE	154
SAVELLA.....	52	SOLQUA 100/33.....	24	SURE COMFORT SAFETY	
SCSEMBLIX.....	14	SOLTAMOX	14	PEN NEEDLE	153
<i>scopolamine base</i>	28	SOMATULINE DEPOT .	68, 69	SURE-FINE PEN NEEDLES	
SECUADO	35	SOMAVERT	69	.....	154
SECURESAFE INSULIN		<i>sorafenib</i>	14	SURE-JECT INSULIN	
SYRINGE.....	153	<i>sorine</i>	39	SYRINGE	154, 155
SECURESAFE PEN NEEDLE		<i>sotalol</i>	39	SURE-PREP ALCOHOL PREP	
.....	153	<i>sotalol af</i>	39	PADS	155
SELARSDI.....	74	SPIRIVA RESPIMAT	56	SUTAB	63
<i>select-ob</i>	176	<i>spironolactone</i>	45	SYMPAZAN.....	111
<i>select-ob (folic acid)</i>	176	<i>spironolacton-hydrochlorothiaz</i>	45	SYMITUZA	122
<i>selegiline hcl</i>	30	.....	45	SYNJARDY.....	22
<i>selenium sulfide</i>	60	SPRAVATO	115	SYNJARDY XR	22
SELZENTRY	121	<i>sprintec (28)</i>	106	SYNRIBO	14
SEMGLEE(INSULIN		SPRITAM.....	111	SYRINGE WITH NEEDLE,	
GLARGINE-YFGN).....	24	<i>sps (with sorbitol)</i>	62	SAFETY	153
SEMGLEE(INSULIN GLARG-		<i>sronyx</i>	106	T	
YFGN)PEN	24	<i>ssd</i>	60	TABLOID	14
<i>se-natal 19 chewable</i>	176	<i>stavudine</i>	121	TABRECTA	14
SEREVENT DISKUS	56	STELARA	74, 75	<i>tacrolimus</i>	59, 75
SEROSTIM	68	STERILE PADS	153	<i>tadalafil</i>	88
<i>sertraline</i>	115	STIOLTO RESPIMAT	56	TAFINLAR.....	14
<i>setlakin</i>	106	STIVARGA.....	14	<i>tafluprost (pf)</i>	82
<i>sevelamer carbonate</i>	63	STRENSIQ	173	TAGRISSO	14
<i>sevelamer hcl</i>	63	<i>streptomycin</i>	93	TALVEY.....	14
SEZABY	111	STRIBILD	121	TALZENNA	14
<i>sf 5000 plus</i>	57	STRIVERDI RESPIMAT.....	56	<i>tamoxifen</i>	14
<i>sharobel</i>	106	<i>subvenite</i>	111	<i>tamsulosin</i>	64
SHINGRIX (PF).....	79	<i>sucrafate</i>	61	<i>tarina 24 fe</i>	106
SIGNIFOR	68	<i>sulfacetamide sodium</i>	84	<i>tarina fe 1-20 eq (28)</i>	106
<i>sildenafil (pulm.hypertension)</i> 88		<i>sulfacetamide-prednisolone</i> ...	84	<i>taron-c dha</i>	176
<i>silver sulfadiazine</i>	60	<i>sulfadiazine</i>	98	<i>taron-prex prenatal-dha</i>	176
SIMBRINZA	82	<i>sulfamethoxazole-trimethoprim</i>	98	TASIGNA	14
<i>simliya (28)</i>	106	.....	98	TAVNEOS.....	75
<i>simvastatin</i>	44	<i>sulfasalazine</i>	47	<i>tazarotene</i>	61
<i>sirolimus</i>	74	<i>sulindac</i>	89	<i>tazicef</i>	95
SIRTURO.....	118	<i>sumatriptan</i>	27	<i>taztia xt</i>	40
SKY SAFETY PEN NEEDLE		<i>sumatriptan succinate</i>	27	TAZVERIK.....	14
.....	153	<i>sunitinib malate</i>	14	TDVAX.....	80
SKYLA.....	106	SUNLENCA.....	122	TECHLITE INSULIN	
SKYRIZI	74	SURE COMFORT ALCOHOL		SYRINGE	155
<i>sodium chloride 0.45 %</i>	170	PREP PADS	154	TECHLITE INSULN	
<i>sodium chloride 0.9 %</i>	170	SURE COMFORT INS. SYR.		SYR(HALF UNIT)	155
<i>sodium fluoride-pot nitrate</i>	57	U-100	153	TECHLITE PEN NEEDLE .	156
<i>sodium oxybate</i>	48	SURE COMFORT INSULIN		TECHLITE PLUS PEN	
<i>sodium polystyrene sulfonate</i> .	62	SYRINGE	153, 154	NEEDLE	156
				TECVAYLI.....	14

TEFLARO.....	95	<i>tobramycin-dexamethasone</i> ...	84	<i>tri-linyah</i>	107
<i>telmisartan</i>	41	<i>tolterodine</i>	64	<i>tri-lo-estarylla</i>	107
<i>telmisartan-hydrochlorothiazid</i>	41	TOPCARE CLICKFINE	157	<i>tri-lo-marzia</i>	107
<i>temazepam</i>	20	TOPCARE ULTRA COMFORT	157	<i>tri-lo-mili</i>	107
TEMIXYS	122	<i>topiramate</i>	112	<i>tri-lo-sprintec</i>	107
TENIVAC (PF)	80	<i>toposar</i>	15	<i>trimethoprim</i>	94
<i>tenofovir disoproxil fumarate</i>	122	<i>toremifene</i>	15	<i>tri-mili</i>	107
TEPMETKO.....	14	<i>torpenz</i>	15	<i>trimipramine</i>	115
<i>terazosin</i>	64	<i>torse mide</i>	45	TRINTELLIX	115
<i>terbinafine hcl</i>	117	TOUJEO MAX U-300 SOLOSTAR.....	24	<i>tri-nymyo</i>	107
<i>terconazole</i>	92	TOUJEO SOLOSTAR U-300 INSULIN	25	<i>tri-previfem (28)</i>	107
<i>teriparatide</i>	48	TRADJENTA	22	<i>tri-sprintec (28)</i>	107
TERUMO INSULIN SYRINGE	156	<i>tramadol</i>	91	TRIUMEQ	122
<i>testosterone</i>	65	<i>tramadol-acetaminophen</i>	91	TRIUMEQ PD	122
<i>testosterone cypionate</i>	65	<i>trandolapril</i>	46	<i>triveen-duo dha</i>	176
<i>testosterone enanthate</i>	65	<i>trandolapril-verapamil</i>	46	<i>trivora (28)</i>	107
TETANUS,DIPHThERIA TOX PED(PF)	80	<i>tranexamic acid</i>	170	<i>tri-vylibra</i>	107
<i>tetrabenazine</i>	52	<i>tranylcypromine</i>	115	<i>tri-vylibra lo</i>	107
<i>tetracycline</i>	99	<i>travoprost</i>	82	TRIZIVIR	122
TEVIMBRA	15	TRAZIMERA.....	15	TROGARZO.....	122
THALOMID.....	87	<i>trazodone</i>	115	<i>trospium</i>	64
<i>theophylline</i>	56	TRECATOR	118	TRUE COMFORT ALCOHOL PADS	158
THINPRO INSULIN SYRINGE	156, 157	TRELEGY ELLIPTA.....	56	TRUE COMFORT INSULIN SYRINGE	158
<i>thioridazine</i>	35	TRELSTAR	15	TRUE COMFORT PEN NEEDLE	158
<i>thiothixene</i>	35	TREMFYA	75	TRUE COMFORT PRO ALCOHOL PADS	159
<i>tiadylt er</i>	40	TREMFYA PEN.....	75	TRUE COMFORT PRO INS SYRINGE	157, 158, 159
<i>tiagabine</i>	112	TRESIBA FLEXTOUCH U-100	25	TRUE COMFORT SAFE INSULIN SYRG.....	157, 158, 159
TIBSOVO.....	15	TRESIBA FLEXTOUCH U-200	25	TRUE COMFORT SAFETY PEN NEEDLE	157
TICE BCG.....	15	TRESIBA U-100 INSULIN ..	25	TRUEPLUS INSULIN 159, 160	
TICOVAC	80	<i>tretinoin</i>	61	TRUEPLUS PEN NEEDLE 159	
<i>tigecycline</i>	99	<i>tretinoin (antineoplastic)</i>	15	TRULICITY	22
<i>tilia fe</i>	106	<i>tri femynor</i>	106	TRUMENBA	80
<i>timolol</i>	82	<i>triamcinolone acetonide</i> .	57, 59, 67	TRUQAP.....	15
<i>timolol maleate</i>	39, 82	<i>triamterene-hydrochlorothiazid</i>	45	TRUXIMA	15
<i>tinidazole</i>	29	<i>triazolam</i>	20	TUKYSA	15
<i>tiotropium bromide</i>	56	<i>trientine</i>	92	TURALIO	15
TIVDAK.....	15	<i>tri-estarylla</i>	106	<i>turqoz (28)</i>	107
TIVICAY	122	<i>trifluoperazine</i>	35	TWINRIX (PF)	80
TIVICAY PD	122	<i>trifluridine</i>	84	TYBOST	87
<i>tizanidine</i>	174	<i>trihexyphenidyl</i>	30	TYENNE.....	75
TOBI PODHALER	93	TRIJARDY XR	22	TYENNE AUTOINJECTOR.	75
<i>tobramycin</i>	84	<i>tri-legest fe</i>	106		
<i>tobramycin in 0.225 % nacl</i> ...	93				
<i>tobramycin sulfate</i>	93				

TYMLOS	48	ULTRA-THIN II INS PEN		<i>venlafaxine</i>	115
TYPHIM VI	80	NEEDLES	165	VEOZAH	87
U		ULTRA-THIN II INSULIN		<i>verapamil</i>	40
UBRELVY	27	SYRINGE	165	VERIFINE INSULIN	
ULTICARE	160, 161	UNIFINE OTC PEN NEEDLE		SYRINGE	167, 168
ULTICARE INSULIN		.....	165	VERIFINE PEN NEEDLE ..	168
SYRINGE.....	160	UNIFINE PEN NEEDLE	166	VERIFINE PLUS PEN	
ULTICARE INSULN		UNIFINE PENTIPS	149, 166	NEEDLE	168
SYR(HALF UNIT)	160	UNIFINE PENTIPS		VERIFINE PLUS PEN	
ULTICARE PEN NEEDLE	160,	MAXFLOW.....	166	NEEDLE-SHARP	168
161		UNIFINE PENTIPS PLUS..	166	VERQUVO	41
ULTICARE SAFETY PEN		UNIFINE PENTIPS PLUS		VERSACLOZ	36
NEEDLE	161	MAXFLOW.....	166	VERSALON	168
ULTIGUARD SAFEPACK-		UNIFINE PROTECT	167	VERZENIO.....	16
INSULIN SYR	161, 162	UNIFINE SAFECONTROL		V-GO 20.....	168
ULTIGUARD SAFEPACK-		PEN NEEDLE	167	V-GO 30.....	168
PEN NEEDLE.....	161, 162	UNIFINE ULTRA PEN		V-GO 40.....	169
ULTILET ALCOHOL SWAB		NEEDLE.....	167	<i>vienna</i>	107
.....	162	UPTRAVI.....	88	<i>vigabatrin</i>	112
ULTILET INSULIN SYRINGE		<i>ursodiol</i>	62, 63	<i>vigadrone</i>	112
.....	144, 162	UZEDY	35, 36	<i>vigpoder</i>	112
ULTILET PEN NEEDLE	162	V		<i>vilazodone</i>	116
ULTRA CMFT INS SYR		<i>valacyclovir</i>	124	VIMKUNYA	81
(HALF UNIT)	142, 153	VALCHLOR	60	<i>vinorelbine</i>	16
ULTRA COMFORT INSULIN		<i>valganciclovir</i>	124	<i>violele (28)</i>	107
SYRINGE.....	136, 142, 162, 163	<i>valproate sodium</i>	112	VIRACEPT	122
ULTRA FLO INSUL		<i>valproic acid</i>	112	VIREAD	122
SYR(HALF UNIT)	163	<i>valproic acid (as sodium salt)</i>		<i>virt-c dha</i>	176
ULTRA FLO INSULIN		.....	112	<i>virt-nate dha</i>	176
SYRINGE.....	163	<i>valsartan</i>	42	<i>virt-pn dha</i>	176
ULTRA FLO PEN NEEDLE		<i>valsartan-hydrochlorothiazide</i>		<i>virt-pn plus</i>	176
.....	163	.....	42	<i>vitafol gummies</i>	176
ULTRA THIN PEN NEEDLE		VALTOCO	112	<i>vitafol nano</i>	176
.....	163	<i>valtya</i>	107	<i>vitafol-ob+dha</i>	176
ULTRACARE INSULIN		<i>vancomycin</i>	94	VITRAKVI	16
SYRINGE.....	163, 164	VANFLYTA.....	15	VIVIMUSTA	16
ULTRACARE PEN NEEDLE		VANISHPOINT INSULIN		VIVOTIF.....	81
.....	164	SYRINGE	167	VIZIMPRO	16
ULTRA-FINE INS SYR (HALF		VANISHPOINT SYRINGE	167	VOCABRIA.....	122
UNIT)	164	VAQTA (PF)	80	<i>volnea (28)</i>	107
ULTRA-FINE INSULIN		<i>varenicline tartrate</i>	18, 19	VONJO	16
SYRINGE.....	164, 165	VARIVAX (PF).....	80	VORANIGO	16
ULTRA-FINE PEN NEEDLE		VAXCHORA VACCINE.....	81	<i>voriconazole</i>	117
.....	165	VEGZELMA	15	VOSEVI.....	123
ULTRA-THIN II (SHORT) INS		VELTASSA.....	63	VOWST	87
SYR	165	VEMLIDY.....	122	<i>vp-ch-pnv</i>	176
ULTRA-THIN II (SHORT)		VENCLEXTA	15, 16	<i>vp-pnv-dha</i>	176
PEN NDL	165	VENCLEXTA STARTING		VRAYLAR	36
		PACK.....	16	VUMERITY	52

VYALEV	30	XIGDUO XR.....	23	ZEGALOGUE SYRINGE	87
<i>vylibra</i>	108	XIIDRA	85	ZEJULA	17
VYLOY	16	XOLAIR	53, 54	ZELBORAF	17
VYZULTA	82	XOSPATA.....	16	<i>zenatane</i>	60
W		XPOVIO	17	ZENPEP	173
<i>warfarin</i>	171	XTANDI.....	17	<i>zidovudine</i>	122
WEBCOL	169	<i>xulane</i>	108	ZIIHERA.....	17
WELIREG	16	XULTOPHY 100/3.6.....	25	<i>zingiber</i>	176
WINREVAIR.....	53	XYOSTED.....	65	<i>ziprasidone hcl</i>	36
<i>wixela inhub</i>	55	Y		<i>ziprasidone mesylate</i>	36
X		YERVOY.....	17	ZIRABEV	17
XALKORI.....	16	YESINTEK.....	75	ZIRGAN	84
<i>xarah fe</i>	108	YF-VAX (PF).....	81	ZOLADEX.....	17
XARELTO	171	YONSA	17	ZOLINZA	17
XARELTO DVT-PE TREAT		YUFLYMA(CF).....	76	<i>zolpidem</i>	48
30D START	171	YUFLYMA(CF) AI CROHN'S-		ZONISADE.....	113
XATMEP	16	UC-HS	76	<i>zonisamide</i>	113
XCOPRI	112	YUFLYMA(CF)		<i>zovia 1/35e (28)</i>	108
XCOPRI MAINTENANCE		AUTOINJECTOR	76	<i>zovia 1-35 (28)</i>	108
PACK	112	<i>yuvaferm</i>	66	ZTALMY	113
XCOPRI TITRATION PACK		Z		ZTLIDO	92
.....	112	<i>zafemy</i>	108	ZURZUVAE	116
XDEMVY	84	<i>zafirlukast</i>	55	ZYDELIG	17
XELJANZ	75	<i>zaleplon</i>	48	ZYKADIA	17
XELJANZ XR.....	75	<i>zatean-pn dha</i>	176	ZYLET.....	84
XERMELO.....	63	<i>zatean-pn plus</i>	176	ZYNLONTA.....	18
XGEVA.....	48	ZEGALOGUE		ZYNYZ	18
XIFAXAN.....	94	AUTOINJECTOR	87	ZYPREXA RELPREVV .	36, 37

N.º de identificación del envío del formulario aprobado por HPMS (Health Plan Management System, HPMS): 25208, número de versión 12

Este formulario se actualizó el 1 de junio de 2025.

Para obtener información más reciente o hacer preguntas, comuníquese con Servicios al Miembro de Centers Plan for Dual Coverage Care (HMO D-SNP), Centers Plan for Nursing Home Care (HMO I-SNP), Centers Plan for Medicaid Advantage Plus (HMO D-SNP) al 1-888-807-5717 (los usuarios de TTY deben llamar al 711), los siete días de la semana, las 24 horas del día, o visite www.centersplan.com/dsnp, www.centersplan.com/isnp, www.centersplan.com/map.

Centers Plan for Dual Coverage Care (HMO D-SNP) es una HMO con un contrato con Medicare y Medicaid. La inscripción en el plan Centers Plan for Dual Coverage Care está sujeta a la renovación de los contratos. Este plan también tiene un contrato escrito con el programa Medicaid del Estado de New York para coordinar sus beneficios de Medicaid.

Centers Plan for Nursing Home Care (HMO I-SNP) es un plan HMO con un contrato con Medicare. La inscripción en Centers Plan for Nursing Home Care está sujeta a la renovación del contrato.

Centers Plan for Medicaid Advantage Plus (HMO D-SNP) es una HMO con contratos con Medicare y Medicaid. La inscripción en Centers Plan for Medicaid Advantage Plus está sujeta a la renovación de los contratos. Este plan también tiene un contrato escrito con el programa Medicaid del Estado de New York para coordinar sus beneficios de Medicaid.

Esta información está disponible de forma gratuita en otros idiomas. Llame a Servicios al Miembro al 1-877-940-9330 (los usuarios de TTY deben llamar al 711), los siete días de la semana, de 8 am a 8 pm.

This information is available for free in other languages. Please call Member Services at 1-877-940-9330 (TTY users please call 711), seven days a week, 8 am to 8 pm.



Para obtener más información o para afiliarse

Llame al 1-877-940-9330 (sin costo)

Los usuarios de TTY deben llamar al 711

Los siete días de la semana, de 8 am a 8 pm

MemberServices@centersplan.com

D-SNP- www.centersplan.com/dsnp

I-SNP- www.centersplan.com/isnp

MAP- www.centersplan.com/map